

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 87

DES

HÉMORRAGIES UTÉRINES

APRÈS LA CASTRATION ANNEXIELLE DOUBLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 12 Avril 1907

PAR

Jean-Maurice-Fernand BACHÉLERIE

Né à Saint-Seurin-de-Cadourne (Gironde), le 9 septembre 1878.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BOURSIER,	professeur...	<i>Président.</i>
		MOURE,	prof ^r adjoint	{ <i>Juges.</i>
		CAVALIÉ,	agrégé.....	
		ANDÉRODIAS,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 87

DES

HÉMORRAGIES UTÉRINES

APRÈS LA CASTRATION ANNEXIELLE DOUBLE

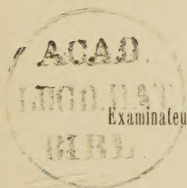
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 12 Avril 1907

PAR

Jean-Maurice-Fernand BACHÉLERIE

Né à Saint-Seurin-de-Cadourne (Gironde), le 9 septembre 1878.



Examineurs de la Thèse

}	MM. BOURSIER,	professeur...	<i>Président.</i>
	MOURE,	prof ^r adjoint	
	CAVALIÉ,	agrégé.....	} <i>Juges.</i>
	ANDÉRODIAS,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES Doyen. | M. DE NABIAS. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.

MM.

Clinique interne.....	{ PICOT.	Physique biologique et	
	{ PITRES.	électricité médicale...	BERGONIE.
Clinique externe.....	{ DEMONS.	Chimie.....	BLAREZ.
	{ LANELONGUE.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu-	{ VERGELY (en congé)	Pharmacie.....	DUPOUY.
tique générales.....	{ MONGOUR (chargé)	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Thérapeutique.....	{ ARNOZAN.	Médecine expérimentale.	FERRE.
Médecine opératoire..	{ VILLAR.	Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique d'accouchements...	{ LEFOUR.	Clinique des maladies chirurgicales	
Anatomie pathologique.....	{ COYNE.	des enfants.....	DENUCE.
Anatomie.....	{ CANNIEU.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Anatomie générale et histologie	{ VIAULT.	Clinique médicale des	
Physiologie.....	{ JOLYET.	maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Hygiène.....	{ LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Médecine légale.....	{ LANDE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
		Pathologie exotique....	LE DANTEC

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS.	MM. VERGER.
MONGOUR.	ABADIE.
CABANNES.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. CHAVANNAZ.	Accouchements {	MM. FIEUX.
	BEGOUIN.		ANDERODIAS.
	VENOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIE.	Histoire naturelle.	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie.....	M. BARTHE.
-------------	------------	----------------	------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	ANDERODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A ma Tante,

MADAME VEUVE A. MÈGE

Que chacun des mots de ce livre soit, pour
elle, une expression de ma reconnaissance,
car il évoque en moi le souvenir d'un
bienfait.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MONSIEUR ET A MADAME J.-B. FAURE

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR SABRAZÈS

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chef du Laboratoire des Cliniques,
Médecin des Hôpitaux,
Officier d'Académie.*

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOURSIER

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser des remerciements à nos maîtres qui nous ont donné le plus haut exemple de la science et de la conscience professionnelles.

C'est à M. le professeur agrégé Sabrazès, notre premier guide, à M. le professeur Boursier dont nous avons longtemps écouté les précieuses leçons, à M. le professeur Lanelongue et à M. le professeur Pousson que va toute notre sympathie reconnaissante : qu'ils daignent en accepter le respectueux hommage.

M. le professeur agrégé Bénech a droit à notre gratitude car il a toujours été, pour nous, le plus bienveillant des conseillers.

Que M. le docteur Roche veuille bien agréer nos sincères remerciements pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués.

Pour la traduction des auteurs allemands, le concours du docteur Robert Castera nous a été d'une très grande utilité et ce serait une injustice de ne pas le remercier.

SOMMAIRE

Chap. I. — Historique. — Opinions des auteurs.

Chap. II. — Observations. — Etude clinique des hémorragies après la castration double.

Chap. III. — Théories de la menstruation. — Pathogénie des métrorragies en général. — Pathogénie des hémorragies après la castration double.

Chap. IV. — Valeur et conséquences chirurgicales du symptôme.

Conclusions.

DES

HÉMORRAGIES UTÉRINES

APRÈS LA CASTRATION ANNEXIELLE DOUBLE

CHAPITRE PREMIER

Historique. Opinions des auteurs.

L'ablation bilatérale des ovaires entraîne-t-elle fatalement, chez la femme, la suppression des règles? Est-il légitime de désigner par ce terme les hémorragies qui peuvent survenir après l'intervention chirurgicale? — A chacune de ces questions, de nombreux auteurs armés de faits contradictoires sont déjà venus, à maintes reprises, apporter des réponses diverses. C'est par l'histoire de ces différentes interprétations qu'il sied de commencer ce travail.

Tous les récits que l'antiquité nous a transmis par les œuvres d'Aristote, de Galien et de Pline sur la castration de la femme n'ont pour nous qu'un intérêt de pure archéologie. Que l'extirpation des ovaires, en effet, ait été pratiquée jadis dans le but

de constituer une garde stérile à la porte des gynécées, de conserver aux femmes les charmes indéfinis de la jeunesse ou de réfréner les penchants excessifs de filles impudiques, il nous importe peu, et ce n'est pas sous cette ère opératoire quasi légendaire que nous trouvons relatés les premiers faits qui nous occupent.

L'état menstruel d'une opérée fut signalé, pour la première fois seulement, par Percival Pott, en 1777, après une castration double faite de hasard. Le chirurgien anglais incisa, pour l'explorer, une tumeur bilatérale de l'aîne, puis, après avoir reconnu qu'elle était constituée de chaque côté par l'ovaire, il l'excisa. La malade guérit et « ne vit jamais plus ses règles dans l'avenir ».

C'est à peu près à cette époque que s'ouvre la phase véritablement chirurgicale de l'ovariotomie que les auteurs proposent dès lors comme un moyen radical de guérir les maladies des ovaires. La première intervention dans ce sens suivie de succès fut faite par Ephraïm Mac Dowel, de Kentucky, en 1809. Mais le praticien ne fait rien connaître des suites opératoires, au point de vue hémorragique, chez sa malade.

A partir de 1850, nous recueillons d'Atlee, de Clay de Manchester, de Peaslee, de Baker Brown quelques faits trop imprécis pour mériter qu'on leur accorde la valeur de véritables observations. Les réflexions que suggère à ces premiers ovariotomistes le retour imprévu des règles après une double castration ne font, pendant quelque temps, que traduire leur profond étonnement. Atlee ne tarde pas cependant à émettre une opinion : « Ce qu'il y a de plus remarquable, au point de vue physiologique, dit-il, c'est que l'ablation des deux ovaires est quelquefois suivie de menstruation. Peut-être cela résulte-t-il d'un molimen habituel, comme pour les eunuques dont la castration a eu lieu après la puberté, et qui ont encore des érections et des éjaculations d'un liquide spécial ».

Peaslee, portant à six le nombre des cas de rétablissement de la menstruation, met en doute l'authenticité des renseignements recueillis et il évoque, lui aussi, cette loi de l'*habitude*

pour expliquer les faits dont l'exactitude viendrait à être démontrée.

En 1865, Storer, de Boston, après avoir « recommandé ces faits à l'attention des physiologistes », a l'idée de cette comparaison très imagée, sinon scientifiquement satisfaisante : « Je ne puis m'expliquer ce phénomène qu'en le comparant à la dernière oscillation d'un pendule, lorsque la force impulsive qui le mettait en mouvement a cessé d'exister ».

En 1866, un cas personnel attira d'une façon spéciale l'attention de Jackson sur ce point. En 1870, il publia les cas analogues empruntés à la pratique des autres chirurgiens.

Presque en même temps, Liégeois faisait remarquer, dans son *Traité de physiologie appliqué à la médecine et à la chirurgie*, qu'on devait mettre en doute les observations de persistance de la menstruation après l'ovariotomie double, car les opérateurs pouvaient avoir cru enlever les ovaires alors qu'ils auraient extirpé seulement des tumeurs dépendant ou non de ces organes.

Enfin, en 1876, Jackson avait réuni des matériaux en quantité suffisante pour réfuter d'une façon formelle, en se basant sur ces faits irrécusables, la subordination de l'acte menstruel à l'ovulation (*The ovulation theory of menstruation will it stand? The American Journal of Obstetrics*, octobre 1876).

Cette même cause fournit à de Sinety, en France, l'occasion de publier la même année sa *Note sur l'indépendance relative qui peut exister entre l'ovulation et la menstruation*. Il considère que ce sont là « deux phénomènes ordinairement connexes mais non liés nécessairement l'un à l'autre ».

A partir de 1879-1880, Hegar et Battéy ayant, depuis quelques années déjà (1872), ajouté aux ressources de la chirurgie l'opération à laquelle s'est attaché leur nom, avec le nombre des opérées va s'accroître celui des observations, et la littérature devient, pendant une dizaine d'années, beaucoup plus féconde.

Gaillard Thomas signale, en 1879, 8 cas heureux d'ovariotomie double et dit avoir vu sept fois la menstruation reparaitre pendant un temps suffisamment long.

Hegar ne tarde pas à donner une statistique de ses castrations. Sur 41 cas, il voit survenir trente et une fois la ménopause parfaite, mais, comme ses devanciers, il note des hémorragies répétées (huit fois) et une fois une menstruation régulière. A ce sujet, il s'exprime ainsi : « Je ne puis croire facilement au retour des règles après une ovariectomie double, car les sources d'erreur me semblent trop nombreuses. Un fragment d'ovaire sain, ou en partie seulement dégénéré peut être oublié, car le pédicule est souvent un produit unique de l'art. Il en résulte qu'une partie de l'ovaire formant paroi d'un kyste peut parfaitement être oubliée par la ligature et ce fragment permet de retrouver des vésicules de Graaf. Le fait est certain et c'est ce qui est arrivé à Waldeyer qui en rencontra dans un pédicule d'ovariectomie ».

Cet auteur tient encore pour une réelle cause d'erreur l'amour-propre déplacé de certaines femmes, qui, honteuses en quelque sorte d'abdiquer un attribut capital de leur sexe, soutiennent la persistance de règles en réalité bien perdues.

Goodmann partage cette manière de voir et parle de certaines personnes prétendant être bien réglées, dont les parents assuraient, d'autre part, qu'elles ne l'avaient jamais été et chez lesquelles il constata effectivement, par un examen direct, une atrophie utérine manifeste.

Weinlechner, Kranowsky traitant le même sujet affirment que les cas authentiques de véritable menstruation sont fort rares.

Ormières (thèse de Paris) réunit en 1880 un certain nombre de cas de réapparition des règles, après double ovariectomie. Il est tenté d'admettre, dans ses conclusions, que l'utérus et la partie supérieure du vagin même peuvent être doués, après l'ablation des ovaires, de la propriété physiologique de provoquer une hémorragie menstruelle.

Dans un mémoire publié en 1882, sur les *Suites éloignées de l'ovariectomie*, Le Bec, après avoir consacré aux cas de menstruation post-opératoire quelques réflexions, se déclare « très embarrassé pour formuler une conclusion ».

Kæberlé a vu, après l'extirpation des ovaires, survenir une hémorragie assez abondante accompagnée de tous les symptômes généraux de l'époque menstruelle. Le retour des règles, constaté le sixième mois à partir de l'opération, continue encore six mois après. Cet auteur admet, pour expliquer le phénomène, la persistance, au-dessous du point lié, d'une portion d'ovaire qui suffit à assurer les règles.

Considérant que la trompe est le point de départ de la menstruation, Lawson Tait est convaincu que son ablation entraîne beaucoup plus sûrement la ménopause que l'ablation des ovaires.

Spencer Wells déclare d'abord, en 1882, qu'il lui a été impossible de constater les particularités qu'ont pu présenter ses opérées guéries après l'enlèvement des deux ovaires. « Tout ce que je puis dire, ajoute-t-il, c'est qu'à l'exception de trois cas, la menstruation n'a pas reparu après la guérison ». Un peu plus tard, il revient sur le sujet, et ne veut pas considérer ces écoulements sanguins comme des règles véritables, mais comme des hémorragies utérines pures, de vraies *épistaxis utérines* (*métrotaxis*), qui ont comme origine le corps ou le col de l'utérus, souvent l'un et l'autre à la fois.

Dans un article publié en 1882, dans les *Annales de gynécologie* (*Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques et après l'ovariotomie*), Terrillon est amené à faire quelques considérations sur l'apparition des règles après la castration totale. Il estime que l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation, à laquelle certains auteurs ont conclu, sur la foi d'observations étrangères ou personnelles, est toute relative, car on peut donner de ces phénomènes une explication satisfaisante. En effet, l'utérus étant habitué à recevoir une excitation spéciale capable d'amener une congestion considérable de sa muqueuse, conserve après l'ablation des ovaires l'habitude de se congestionner. Cette hyperhémie régulière peut se produire dans certains cas, mais pour cesser cependant après quelque temps. Cette menstruation, résultat de l'*habitude* ne se présenterait que chez quelques opérées, parce qu'elle suppose

une susceptibilité spéciale, que possèdent seules quelques femmes.

Cette explication cherchée dans l'habitude organique n'est point acceptée par Péan. « Ce mot ne fait que masquer une inconnue », dit-il. Partisan irréductible de la dépendance étroite de l'ovulation et de la menstruation, il ne croit pas possible d'admettre que cet écoulement de sang soit de même nature que de véritables règles nées sous l'influence de l'ovulation, puisque celle-ci se trouve naturellement supprimée.

Terrier adopte à son tour ce qu'a repoussé Péan. Après avoir sérieusement étudié ce point de doctrine, en s'appuyant presque exclusivement sur ses résultats personnels, il constate que la suppression des règles après l'ablation des deux ovaires peut n'être pas immédiate. L'écoulement menstruel a pu reparaitre, tantôt une fois quelques mois après l'opération (obs. 33 et 77), tantôt deux fois en un an (obs. 20), tantôt quatre fois en trois ans (obs. 55). Il semble, dans ce cas, dit-il, qu'il y ait eu des « poussées congestives par une sorte d'*habitude* fonctionnelle, « poussées qui, de temps à autre, donnent lieu à un écoulement sanguin que certains auteurs ont nié devoir être des règles, et ont comparé à des épistaxis ou à des métrorrhagies ».

Dans la première réunion qui suit, à la Société de chirurgie, et à propos de la communication Terrier, Duplay fait observer que la persistance des règles peut s'expliquer par l'existence d'*ovaires surnuméraires*, dont la présence a été constatée dans un nombre de cas relativement assez fréquent.

D'après Campbell (d'Augusta), l'activité génitale ne reconnaît pas, comme seuls incitateurs, les ovaires. Après l'ablation de ces organes, l'habitude, la congestion périodique, les trompes laissées en place peuvent sans doute expliquer la réapparition du flux menstruel, mais il est bon de faire intervenir, en certains cas, la propriété du système nerveux, qui continue à s'exercer quelque temps après la disparition des organes qui lui servaient à se manifester.

Emmet (de New-York), rapporte un cas dans lequel il a enlevé les deux ovaires avec les trompes. L'opérée a été menstruée

régulièrement treize fois, avec cette différence que la période excédait la durée normale avant l'opération : depuis lors, elle dure trois jours et est, de tous points, naturelle.

Garrigues (de New-York), est persuadé qu'il faut songer en ce cas à l'existence possible d'un *troisième ovaire* et il cite, à l'appui de son avis, une malade qui, opérée des deux ovaires, se maria et accoucha d'un enfant bien portant.

En même temps que ses confrères américains ci-dessus mentionnés, Gaillard Thomas, qui a enlevé les deux ovaires une soixantaine de fois, fait part de son opinion et considère comme une exception la persistance de règles après castration. Il ne s'agit là que d'une métrostaxis causée par l'*habitude*. Il estime qu'on voit plus rarement cet écoulement se produire après l'opération de Tait qu'après celle de Battey, parce que la première garantit mieux l'extirpation complète des ovaires. Cet auteur connaît l'histoire d'une femme portant trois ovaires. Il croit que l'ovulation est le facteur principal de la menstruation. Les trompes, selon lui, n'interviennent pas pour la moindre part pour produire cette fonction, mais elles jouent un rôle important dans son exécution.

Byford (de Chicago), Mann (de Buffalo) déclarent partager les idées des quatre auteurs précités.

Hart et Barbour (*Manuel de gynécologie*, trad. Crouzat, Paris, 1886) écrivent : « L'opération connue sous le nom d'opération de Battey, quand les deux ovaires sont enlevés, n'amène pas toujours la cessation de la menstruation ».

Dans ses *Leçons de gynécologie* (Philadelphie, 1887), Goodell prétend n'avoir jamais enlevé les deux ovaires sans voir apparaître, dans les quatre ou cinq jours suivants, ce qu'il nomme la *menstruation forcée*. Est-ce là, se demande-t-il, la force de l'habitude, une loi de périodicité ou un fragment d'ovaire laissé par l'opérateur qui en est la raison ? Il est disposé à croire que, dans tous les cas où la perte sanguine se reproduit pendant longtemps, il a été abandonné une portion de *tissu ovarien*, ou bien il existe un *ovaire surnuméraire*. D'après sa statistique, 11 femmes sur 100 perdent encore du sang après l'oophorectomie.

Halliday Crom signale, la même année (*Edinburgh med. journ.*, 1887), deux opérées réglées après l'intervention; mais les hémorragies étaient légères et nullement douloureuses. Une femme ayant un utérus hémorragique a eu, après l'opération, deux pertes de sang abondantes, mais « il est à espérer que dans peu ces hémorragies disparaîtront complètement ».

Prochownick (*Archiv. f. Gynæk.*, 1887) constate que, sur un total de 60 castrations pour fibromes, il a vu persister des hémorragies irrégulières dans 5 cas.

Sur 59 ovariectomies doubles rapportées par Keith (*Edinb. med. journ.*, 1887) et pratiquées selon la méthode de Battey, il y eut 53 fois ménopause parfaite, 4 fois des flux menstruels irréguliers et 2 fois une menstruation régulière.

Monod fait part, en 1889, à la *Société de chirurgie*, au nom de Macario, d'une observation se rapportant à une opérée de L. Tait. L'ablation bilatérale des ovaires avait été pratiquée deux ans auparavant et depuis lors les règles ont reparu chaque mois. Macario pense qu'on ne peut s'en prendre, pour expliquer ce phénomène, à l'ablation incomplète, en raison de l'habileté bien connue de l'opérateur.

Grammatikati, en 1891, apprécie la castration au point de vue de la ménopause consécutive. Il considère qu'après quelques mois, rarement quelques années, pendant lesquels les phénomènes menstruels persistent sous forme d'hémorragies vicariantes atténuées, survient une stérilité précoce.

A l'occasion de sa brochure, *Salpingites et ovarites*, parue la même année, Terrillon revient sur le sujet et s'exprime en ces termes : « Un phénomène curieux et difficile à expliquer consiste dans la persistance des règles, ou au moins de pertes sanguines venant de l'utérus, plusieurs mois après l'opération.... Le fait est anormal et je n'y insisterais pas si je ne l'avais rencontré qu'une seule fois; mais la fréquence de ces pertes survenant chez 4 malades sur 100 me paraît prouver qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence ».

Le Congrès français de chirurgie (Question à l'ordre du jour : Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les

affections non néoplasiques de ces organes) donne lieu, en 1891, à quelques brèves considérations.

Richelot a l'occasion de signaler qu'une de ses malades névropathes a eu, quatre mois après la castration ovarienne, une sérieuse métrorragie et, à quelque temps de là, une autre perte sanguine insignifiante. Une autre opérée a eu des pertes de sang ne présentant aucun caractère de régularité, mais jamais interrompues pendant un temps très long. Richelot ajoute que l'ablation avait été relativement facile et complète.

Il explique en ces termes les phénomènes signalés : « Aucune théorie n'empêche d'admettre que, chez la femme adulte, l'*habitude* de la fluxion utérine survive à la disparition des ovaires, et je n'ai jamais compris l'insistance que mettent certains auteurs à nier ces faits ou à les expliquer par des ablations incomplètes ».

Pour Routier, suppression des règles et des écoulements utérins, tel est le résultat habituel de l'ablation des annexes.

Le Dentu considère qu'il est certaines femmes chez lesquelles le mauvais état de l'utérus « frappe d'inutilité l'extirpation des annexes ».

Sur 26 opérées, Jeannel (de Toulouse) signale 7 fois la réapparition des règles. Il concède cependant que c'est plutôt là une perte de sang utérine d'apparence menstruelle que de véritables règles. Ces écoulements sans périodicité, sans abondance ni durée ont toujours progressivement diminué pour disparaître d'une façon absolue au bout d'un laps de temps variant de six mois à deux ans. « D'après mes observations, rien ne me permet de prévoir ou d'expliquer cet écoulement sanguin : on dirait que c'est pour certaines femmes par véritable routine que se produit cette pseudo-menstruation ».

En 1894, Pinesse, dans sa thèse sur *Les résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie*, se range à l'opinion de Kœberlé qui admet la persistance d'une portion d'ovaire. Il se fait l'écho de son maître Championnière, pour lequel des règles vraies sont impossibles après une castration complète. Les hémorragies sans importance se produisant à des intervalles plus ou moins éloignés que la littérature signale, sont « comme un molimen hémorragique, le résultat de l'impul-

sion donnée à l'organe, un souvenir de l'*habitude physiologique* qui n'est pas immédiatement suspendue ».

Canu, dans un violent réquisitoire contre la castration (*Thèse de Paris 1896*) avance que « la femme châtrée est dans le même état physiologique que la jument châtrée qui, si elle est opérée en pleine période de rut, conserve pendant un an une excitation génitale qui cesse absolument ».

Nous laissons à M. Canu la responsabilité d'un tel rapprochement.

Les effets physiologiques de la castration font l'objet, l'année suivante (1897), d'un article de Jayle dans la *Revue de gynécologie*. Cet auteur paraît disposé à ne point accepter comme possible la persistance de règles véritables si la castration double est complète. Il fait suivre son article d'un tableau consignant, par quelques mots, les suites opératoires chez ses malades.

En 1900, Psatloff, de Smyrne, publie une curieuse observation et note comme point intéressant et instructif de son cas, que malgré l'extirpation des annexes faite par laparotomie « l'utérus a continué ses fonctions physiologiques ».

C'est enfin l'avis de Pozzy qui va terminer l'exposé historique de cette question. Pour lui, la raison de ces faits hémorragiques doit être cherchée dans la loi de persistance des habitudes organiques; comme pour celui de la vie de relation, il reconnaît au système nerveux de la vie végétative l'automatisme. « Il y a là comme un mouvement continué par la vitesse acquise, mais qui, en l'absence d'une nouvelle impulsion, ne tarde pas à s'affaiblir et à s'arrêter ».

En résumé, *habitude, ovaires surnuméraires, débris d'organe laissés, mauvaise foi des femmes interrogées, affections utérines préexistantes, méconnaissance de la nature des tumeurs extirpées*, tels sont les faits ou les lois invoqués hypothétiquement par les divers auteurs pour expliquer la persistance d'écoulements sanguins après une double castration.

Après avoir méthodiquement classé les faits déjà publiés auxquels nous apportons l'appoint de quelques cas personnels, nous verrons s'il est possible de réunir à notre tour les éléments d'une interprétation légitime.

CHAPITRE II

Observations. Etude clinique des hémorragies après la castration double.

Nous avons rassemblé la plus grande partie des observations éparses dans la littérature médicale. Nous regrettons que la plupart, trop brièvement notées, ne nous fournissent pas des détails utiles à toute bonne étude clinique.

Il est bon de dire que nous avons intentionnellement laissé de côté, pour en parler plus tard, l'hémorragie des tout premiers jours qui suivent l'opération : elle est extrêmement fréquente et se produit même dans les cas où il n'y aura pas de perte de sang ultérieure, où la ménopause est atteinte d'emblée.

Pour grouper les faits, nous avons établi *à priori*, autorisé par la logique, une classification artificielle dans le cadre de laquelle tous les types peuvent entrer, et que représente le tableau suivant :

Hémorragies .	Régulières. . .	{	durables	{	précoces.
				}	tardives.
	Irrégulières. . .	{	à durée limitée. .	{	précoces.
				}	tardives.
		{	durables	{	précoces.
				}	tardives.
		{	à durée limitée. .	{	précoces
				}	(ou) tardives.

Nous entendons par hémorragies précoces celles qui surviennent jusqu'à deux mois environ après l'intervention.

Comme nous le verrons par la suite, les hémorragies à type irrégulier, de durée toujours limitée, seront indifféremment ou précoces ou durables, l'irrégularité impliquant en effet l'un ou l'autre de ces caractères.

Nous avons donc déterminé huit groupes possibles. Or il se trouve que trois seulement vont se partager, en proportions très inégales d'ailleurs, toute la série des observations. Ce sont les suivants :

Hémorragies régulières, durables, précoces.	} Règles
Hémorragies régulières, durables, tardives.	

Hémorragies irrégulières, à durée limitée, précoces ou tardives.

Nous allons donner la relation des observations répondant à chacun de ces types.

I. Hémorragies régulières, durables, précoces

Obs. 1. (*Amer. Journ. med. sc.*, 1866). — Th. Sarah, 44 ans. Elle commença à être menstruée à 17 ans et la fonction s'accomplit toujours régulièrement et sans douleur.

Opérée le 31 octobre 1865, le lendemain de ses règles, cette femme continua d'être menstruée régulièrement jusqu'à 47 ans.

Obs. 2. (*Med. Journ. Canada*, 1868, p. 527). — M^{me} Dunham, mère de six enfants, 43 ans, menstruations régulières jusqu'il y a deux mois, où on présume grossesse. Les symptômes deviennent alarmants et le 20 novembre 1867 les deux ovaires furent enlevés. *Les règles reparurent.*

Obs. 3. (*Diagn. of ov. tum.* Atlee, p. 38). — Le 15 octobre 1857 j'extirpai l'ovaire gauche de M^{me} C. La malade était âgée de 27 ans, mariée depuis quatre ans et stérile. Le 11 novembre 1861, j'extirpai l'ovaire droit. Le 8 décembre 1870, je reçus la lettre suivante du Dr Smith : « Cher Monsieur, je suis allé chez M^{me} C. aujourd'hui

conformément à votre demande du 4. Depuis la dernière opération elle a continué à être réglée et l'est aujourd'hui. En fait, elle a actuellement ses règles ; quand je dis réglée, je l'entends naturellement dans son sens le plus complet. Elle est réglée *et pour le temps, et pour la quantité, et pour la qualité.*

OBS. 4. (*Of ov. tum.* Atlee). — Le 26 octobre 1861, j'enlevai l'unique ovaire, le droit, de M^{me} T. R. Elle avait 40 ans, menstruée pour la première fois à 14 ans, avant son mariage le D^r Clay avait extirpé l'un des ovaires pesant 48 livres.

La menstruation continua régulièrement après la seconde opération comme elle l'écrivit le 24 octobre 1863 : « *J'ai mes règles tous les mois* ».

OBS. 5 (Atlee). — Le 17 avril 1854, j'ai opéré M^{me} C... (de Baltimore) et lui ai enlevé les deux ovaires. Elle avait 35 ans ; avait été menstruée à 12 ans, mariée à 18 et eut six enfants dont le plus jeune avait 4 ans. Elle continue d'être régulièrement réglée jusqu'à l'opération.

Après l'opération, le soir même, les règles reparurent et durèrent leur nombre habituel de jours, et pendant plusieurs années M^{me} C... m'écrivit à chaque anniversaire du jour de l'opération, m'assurant toujours que *la menstruation était parfaitement régulière.*

OBS. 6 (*The Lancet*, 1872, p. 291). — Double ovariectomie le 18 mars 1871, par le docteur Meadocs. Femme de 32 ans, opérée pour kystes du volume d'une grosse poire. Extirpation des deux ovaires.

Ecoulement sanguin le quatrième jour qui dura quatre jours. On revoit la malade le 1^{er} août ; elle affirme qu'*elle continue à être réglée très régulièrement.*

OBS. 7 (*Brit. med. Journ.*, 1877). — En 1846, Clay (de Manchester) enleva un ovaire à une femme mariée et l'autre fut enlevé plus tard. Deux ans après la dernière opération, elle écrit : « *Mes règles reviennent régulièrement tous les mois* ».

OBS. 8 (*Brit. med. Journ*, 1877, p. 917). — Marion Sims s'exprime ainsi : Dans un cas les deux ovaires furent enlevés chez une femme de 35 ans, Celle-ci fut régulièrement menstruée jusqu'à l'âge de 45 ans.

OBS. 9 (*Gaz. med. de Vienne*, 1873). — Beigel, dans son écrit sur le rapport de la menstruation, cite l'observation suivante :

Extirpation des deux ovaires malades. *Menstruation régulière après comme avant l'opération.*

OBS. 10. — Le docteur Clay fait savoir au docteur Jackson que sur 120 ovariectomies, il enleva quatre fois les deux ovaires et que chez trois de ces dernières opérées, la menstruation s'était rétablie comme à l'état ordinaire.

OBS. 11 (*Traité des maladies des femmes*, par Thomas Gaillard). — Sur 5 cas d'ovariectomie double, dans 4 cas la menstruation a cessé. Dans un autre elle s'est montrée régulièrement.

OBS. 12 (*Castration de la femme*, Hegar). — M^{lle} Hupf..., nullipare, 36 ans, règles régulières. Extirpation des deux ovaires. Revue dix mois après : la menstruation est régulière.

OBS. 13. — Ovariectomie double. Singer, 25 ans, règles régulières avant l'opération. Revue un an après, est réglée très régulièrement.

OBS. 14 (Hegar). — Ovariectomie double par Wemlahner. V. L..., âgée de 35 ans, réglée régulièrement avant l'opération. Revue un an après et dit être réglée régulièrement.

OBS. 15 (Battey). — J..., 28 ans. Les deux ovaires furent enlevés (?) par le vagin. L'ovaire gauche, gros comme un œuf de poule, est kystique ; l'ovaire droit plongé dans la lymphe contient aussi un kyste gros comme un œuf de perdrix. La menstruation continue régulièrement.

OBS. 16 (*Australian med. Journ.*, 1888). — Ovariectomies par Thomas Hillas. Mary C..., 24 ans. Opérée le 13 juin 1872. Les deux ovaires sont enlevés.

Le 3 juillet, un mois après l'opération, la menstruation, quoique modérée, apparaît pendant quatre jours ; *le retour eut lieu le 28 août et continua ensuite.*

OBS. 17 (*Gaz. méd.*, Paris, 1879). — Marie B..., de Béthenville (Marne), 25 ans. Opérée le 26 septembre 1878 par le Dr Pozzi : les deux ovaires furent enlevés. Depuis le 19 octobre 1878, *tous les mois, sans interruption, les règles reviennent.*

OBS. 18 (*Centralblatt für chirurgie*, décembre 1879). — Double ovariectomie faite par Ferrier. Femme âgée de 24 ans, ablation des deux ovaires. *Menstruation régulière avant et après l'opération.*

Enfin, dans un tableau dressé par Goodman (in *American Journ. of obstetrics*, t. IX), les règles ont reparu avec toute leur régularité dans 18 cas sur 31 ovariectomies doubles. Nous jugeons inutile de reproduire le texte de ce document, qui ne contient d'ailleurs aucun détail et porte, après le nom de l'opérateur, la date de l'intervention, l'âge de la malade et la mention : *Menstruation régulière.*

Les observations qui précèdent sont citées dans Ormières (1880). Celles qui vont suivre sont rapportées par Pinesse, en 1894, à l'exception de la première, qui est due au professeur Storer, de Boston.

OBS. 19. — M^{me} M... de B..., âgée de 35 ans, me consulta pour la première fois pendant l'été de 1866. Elle avait eu 3 enfants et pendant la première année, après son mariage, il s'était produit 3 fausses couches sans cause apparente.

La menstruation avait débuté à l'âge de 14 ans et n'avait subi aucun trouble depuis cette époque, contrairement à ce qui se voit, en général, chez les femmes dont les deux ovaires sont simultanément atteints de lésions fort étendues.

Je pratiquai l'opération le 12 septembre, avec le concours de MM. les Drs Faulkner, qui a rédigé l'observation, Francis et Salisbury, de Brookline, et Mitchell de Jacksonville. Les deux ovaires renfermaient des kystes, ils furent complètement extirpés tous deux...

. (Il décrit ici l'opération qui fut laborieuse)

La plaie abdominale se cicatrisa par première intention ; la malade se rétablit sans jamais avoir offert des symptômes inquiétants, et dix-huit jours après l'opération elle se promenait dans sa chambre.

Les règles étaient sur le point de paraître au moment de l'opération ; elles se montrèrent le jour suivant, trois semaines après la dernière époque

Aujourd'hui, le 5 novembre 1867, il y a plus d'une année que l'opération a été pratiquée ; pendant cet intervalle, la malade a continué à recevoir mes soins ; sa santé est excellente, mais la menstruation a persisté avec une régularité presque absolue. L'intervalle est ordinairement d'un mois, quelquefois de deux : il n'y a point de caillots ; le sang coule lentement, goutte à goutte. Je viens de recevoir une lettre de la malade, datée du 29 octobre, par laquelle j'apprends qu'elle a ses règles en ce moment ; l'intervalle a été de huit semaines, la dernière apparition ayant eu lieu le 1^{er} septembre. L'écoulement est moins abondant que de coutume, mais il dure depuis trois jours. On s'est assuré qu'il n'existe chez cette dame aucune tumeur fibreuse ou cancéreuse, aucune affection organique de la matrice, aucun polype utérin ; et le mari s'est suffisamment abstenu du coït pour que cette cause ne puisse être invoquée.

Obs. 20. — M... (Caroline), 33 ans, ouvrière en chaussures, opérée le 18 février 1889.

Deux enfants et une fausse couche. Souffre depuis douze ans. Règles abondantes, douloureuses. Palper : douleur et tuméfaction à gauche, moins à droite. Toucher : tumeur gauche très nette et élevée.

A l'opération : A droite, appendice adhérent à l'ovaire ; adhérences épiploïques et au cul-de-sac de Douglas. Ovaire et trompe déformés, méconnaissables. A gauche, trompe oblitérée adhérente à l'S iliaque. Détachement laborieux, impossible d'élever l'utérus pour faire les ligatures. Durée de l'opération 1 h. 20.

Revue le 13 mars 1894. *Voit ses règles toutes les trois ou quatre semaines.* Cessation des douleurs. Pas de pertes blanches.

OBS. 21. — L... (Mathilde), 21 ans, fleuriste, opérée le 3 décembre 1891. Réglée à 14 ans, jusqu'à l'année dernière régulièrement. A fait alors une fausse couche. Depuis souffre du ventre, surtout à gauche.

A l'opération : Adhérences épiploïques dans tout le petit bassin, détachées laborieusement. A gauche, ovaire gros avec épanchements sanguins; trompe volumineuse, très difficile à attirer. A droite, annexes volumineuses, pus dans l'ovaire et dans la trompe dont les parois sont énormes. Hématocèle ancienne probable.

Revue le 21 mars 1894. *A ses règles tous les mois.* Beaucoup de pertes blanches. Aucune douleur. Etat général bon.

OBS. 22. — B... (Blanche), 28 ans, plumassière; opérée le 12 janvier 1892.

Réglée à 15 ans et demi, régulièrement. Depuis une fausse couche, il y a six ans, perd toutes les deux ou trois semaines avec douleurs dans le ventre.

A l'opération : Adhérences de toutes parts, détachées très laborieusement, surtout à gauche. Trompes volumineuses, fongueuses. A gauche, ovaire gros, noyaux fibreux; la trompe contient du pus. A droite, ovaire volumineux, noyaux fibreux, kyste et petit épanchement fibrineux; liquide louche dans la trompe.

Revue le 13 mars 1894. *Voit ses règles comme avant,* avec un peu de douleur. Plus nerveuse. Souffre moins du ventre.

OBS. 23. — F..., 38 ans, femme de chambre; opérée le 19 juillet 1892.

Deux couches régulières, puis fausse couche de quatre mois. C'est depuis une péritonite (?) qu'elle aurait eue il y a cinq semaines qu'elle se plaint de douleurs dans le ventre.

A l'opération : A droite, adhérences très considérables; détachement très laborieux des annexes. L'ovaire contient kystes, épanchements sanguins et un abcès du volume d'une noix. Trompe volumineuse, oblitérée; muqueuse hypertrophiée, végétante. A gauche,

petit ovaire, kyste très dur; trompe oblitérée, végétante, moins grosse que la droite. Adhérences, arrachement d'une frange graisseuse du gros intestin.

Revue le 11 mars 1894. *Voit tous les mois ses règles pendant quelques jours*; aucune perte blanche. Ne souffre pas de son ventre.

OBS. 24. — L..., 30 ans, journalière; opérée le 28 décembre 1891.

Réglée à 15 ans, régulièrement, mais avec douleurs. Depuis trois semaines, souffre continuellement du ventre.

A l'opération : Trompes adhérentes de toutes parts; détachement laborieux des adhérences épiploïques. Trompes oblitérées contenant liquide séro-purulent et petites saillies blanchâtres dans le centre.

Revue le 27 février 1893. *Règles tous les mois*. Quelques pertes blanches.

OBS. 25. — J..., 43 ans, chapelière; opérée le 4 février 1889.

Depuis deux ans, règles plus abondantes et douleurs constantes.

A l'opération : A gauche, quelques adhérences lâches; ovaire dur et atrophié, trompe saine. Ovaire droit extrêmement adhérent de toutes parts, décollement très laborieux : ovaire très altéré, œdémateux, trompe oblitérée. L'utérus, gros et irrégulier, contient probablement des corps fibreux.

Revue en mai 1891. *A ses règles* et se plaint de quelques douleurs.

OBS. 26. — T... (Marie), 24 ans, domestique; opérée le 8 août 1893.

Enfant il y a cinq ans. Souffre depuis un an. Métrorragies abondantes et constantes.

A l'opération : A droite, tumeur ovarienne très adhérente et volumineuse, ovaire transformé en kyste, adhérences épiploïques considérables. A gauche, ovaire petit, trompe oblitérée, très adhérente; détachement très laborieux : corps jaunes de ce côté.

Revue le 8 avril 1894. Très bon état. Marche, travaille, mais *continue à avoir ses règles*. Cependant elles sont moins abondantes qu'avant l'opération.

Nous devons l'observation suivante à M. le professeur agrégé

Bégouin, qui a eu l'obligeance, pour nous la communiquer, d'écrire à la jeune femme qui en fait l'objet.

OBSERVATION 27.

Il s'agit, en 1900, d'une jeune fille vierge de 24 ans. Elle avait présenté, dans la fosse iliaque droite, des crises douloureuses, courtes, fréquemment répétées, sans fièvre, qui avaient motivé, de la part d'un médecin, le diagnostic d'appendicite. Mais la localisation de la douleur un peu plus bas que le point de Mac Burney et une sensibilité exquise au toucher du cul-de-sac latéral de Douglas, à droite, déterminèrent M. Bégouin à reconnaître à ces douleurs une origine ovarienne.

La malade est opérée en avril 1900 par MM. Demons et Bégouin. L'ovaire droit, scléro-kystique, est enlevé, et on pratique l'ignipuncture de l'ovaire gauche laissé en place. Les suites opératoires sont des plus simples et la malade guérit.

En 1901, des crises de même nature que celles de l'année précédente surviennent dans le côté gauche du ventre et nécessitent une nouvelle laparotomie, au cours de laquelle on pratique l'ablation du second ovaire (gauche). La guérison s'ensuivit.

Le 29 mars 1907, la malade, mariée depuis trois ans, et ne présentant pas de signes de grossesse, répond à M. Bégouin qui l'interroge sur son état menstruel :

« Vous me demandez si mes règles ont continué de suite après mon opération ? Elles ont réapparu immédiatement après, en provoquant des vapeurs qui ont duré environ un an. Elles ont été régulières, et même beaucoup plus qu'avant l'opération, et actuellement elles continuent à l'être aussi.

Leur durée est de quatre à cinq jours, et les premiers jours elles sont très abondantes. A l'approche de mes règles, j'ai de forts maux de tête et de grandes douleurs dans le ventre et dans les reins, qui disparaissent au second jour.

L'année dernière, au mois de mai, j'ai été prise d'une très forte hémorragie, qui a duré une quinzaine de jours, me forçant à garder le lit et à rester le plus possible étendue sur ma chaise longue. Avant

cette hémorragie, j'ai eu, pendant deux mois, mes règles tous les quinze jours ».

OBSERVATION 28

Due à l'obligeance de M. le professeur BOURSIER.

L. B..., 26 ans, employée de magasin.

Cette jeune fille a été réglée pour la première fois à 13 ans. Elle a eu, vers cette époque, une période d'aménorrhée de deux mois, puis une période d'hémorragies peu abondantes, continuelles, qui durèrent six mois. Depuis, les règles sont régulières, de durée variant de trois à huit jours. Elles ne sont pas douloureuses. Jusqu'à la maladie actuelle, elle n'a plus eu d'hémorragie intercalaire.

Elle a quelques pertes blanches entre les règles. Les mictions sont normales; pas de constipation.

A 20 ans, a fait une grossesse terminée par une fausse couche de deux mois, sans cause connue; elle eut à ce moment des hémorragies qui l'obligèrent à garder le lit pendant un mois.

Depuis cette fausse couche, après laquelle elle a eu des phénomènes de péritonite, la malade a souffert du ventre; les douleurs qu'elle éprouve sont « sourdes », sans irradiations marquées; ces douleurs, que la fatigue exagère, sont calmées par le repos; après la fatigue, elles s'irradient aux lombes et surtout à la cuisse gauche. Les règles sont assez régulières, pas plus abondantes. Pas d'hémorragies entre les règles.

Dans ces derniers temps (décembre 1902, janvier 1903), la malade a eu beaucoup de pertes épaisses, jaunâtres. Pas de troubles de la miction. Depuis deux mois, les douleurs abdominales sont devenues plus vives et presque continuelles; elles sont surtout marquées dans la fosse iliaque gauche; elles ne donnent pas lieu à une réaction péritonéale marquée. Ces douleurs ont obligé la malade à se mettre au lit; elle a pris des injections, a appliqué sur son ventre des cataplasmes et un vésicatoire, suivant une prescription que lui avait faite un médecin. Depuis qu'elle se tient au lit, elle souffre beaucoup moins.

L'appétit est diminué. Les digestions sont faciles. Pas de constipation. Elle a quelque peu maigri.

A l'examen on constate un ventre en bon état, aux parois souples. La palpation ne révèle de douleur en aucun point; à la palpation profonde on sent au-dessus du pubis, à gauche, un empatement assez bien limité. La vulve et le périnée sont en bon état.

Le toucher révèle un col bas, conique, de moyen volume; il est peu mobile. L'orifice en est punctiforme. Le corps est en anté-latéro-flexion droite, de volume moyen, peu mobile, pas douloureux.

A droite, les annexes, en position normale, ne sont ni augmentées de volume ni douloureuses.

A gauche, on sent une masse oblongue, volumineuse, qui tombe dans le cul-de-sac latéral et un peu dans le cul-de-sac postérieur. Cette masse est adhérente à l'utérus qu'elle repousse vers la droite, et aux parois pelviennes; elle est rénitente et peu douloureuse à la palpation.

Au spéculum, on aperçoit un col en bon état, non ulcéré, avec orifice punctiforme. L'hystérométrie donne 5 centimètres et demi et démontre l'antéflexion.

La malade est opérée le 8 avril 1903. Anesthésie chloroformique. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen ouvert, on constate que l'utérus est repoussé vers la droite; il paraît sain.

A gauche, il existe une masse salpingienne volumineuse, bosselée, de coloration rouge foncé; la paroi semble très amincie. Cette masse adhère aux parois pelviennes; elle adhère à l'utérus qu'elle contourne pour aller se fixer encore solidement aux parois du Douglas. Au cours de la décortication, très pénible, la poche se rompt et il s'écoule un pus verdâtre bien lié. On place une pince sur l'orifice et on aspire avec le Dieulafoy le contenu de la poche; on évalue ce contenu à 15 cc. environ. La poche, vidée du pus qu'elle contenait, est détachée avec peine de ses adhérences. On pratique la ligature en chaîne du pédicule. On cautérise.

A droite, il existe une masse moins volumineuse que la précédente. Elle est fortement adhérente aussi. On procède pour l'extirper comme pour le côté gauche. On pratique un nettoyage de Douglas dans lequel on laisse un drain n° 9 et une mèche de Mickulicz sortant par la partie postérieure de la plaie abdominale. On suture à trois plans la paroi et on applique un pansement.

L'examen des pièces montre que la masse gauche est constituée par une trompe très volumineuse. L'ovaire, transformé en une masse purulente, n'est pas reconnaissable.

L'ovaire droit est gros, scléro-kystique. La trompe est du volume du petit doigt. Elle contient un pus verdâtre.

Le soir de l'intervention l'état de la malade est bon. Peu de vomissements. Pouls régulier et bien frappé. Langue humide.

9 avril : Bon état. Pas de vomissements depuis la nuit précédente. Pouls 72, bien frappé. Langue humide. On administre un lavement purgatif.

La guérison se poursuit ainsi sans incident, dans des conditions très favorables et l'opérée quitte l'hôpital en très bon état le 2 mai 1903.

A la fin du mois de mai, la jeune fille fut surprise de voir survenir, à l'époque de ses anciennes règles qu'elle croyait définitivement perdues, une hémorragie qui en présentait tous les caractères. L'écoulement dura quatre jours.

A l'époque suivante, il reparut dans les mêmes conditions, et, depuis lors, il se reproduit chaque mois avec une parfaite régularité.

Depuis quelque temps, la malade, que nous avons revue vers le 15 mars, se plaint que ses règles deviennent plus fréquentes ; elles reviennent tous les quinze jours, dit-elle, et s'accompagnent de violentes douleurs dans le côté gauche.

M. le professeur Boursier a pratiqué chez elle un examen dont voici le résultat :

Le col utérin est un peu rouge. On constate de la leucorrhée cervicale et corporéale.

Le toucher révèle un corps utérin assez volumineux. En outre, dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une petite masse arrondie, mobile, sensible, qui a tous les caractères physiques d'un ovaire un peu gros.

« Je note ce fait, ajoute notre maître, car je croyais avoir enlevé chez elle les deux annexes ».

Il est intéressant de rappeler les détails opératoires et les difficultés qu'entraîna la décortication des annexes de ce même côté gauche que l'évolution inflammatoire avait rendues méconnaissables.

II. Hémorragies régulières, durables, tardives.

OBS. 1 (*Treatise of ovarian tumours*, Peaslee, p. 526). — Jackson cite un cas où un écoulement par le vagin eut lieu trente-un jours après l'ablation des deux ovaires. *Après un intervalle de quatre-vingt-trois jours*, où rien ne parut, il revint avec une parfaite régularité tous les vingt-huit ou vingt-neuf jours, accompagné de tous les symptômes ordinaires de la menstruation.

OBS. 2 (*Diagn. of ov. tum.*, Atlee, p. 36). — Le 25 avril 1853, j'enlevai les deux ovaires d'une demoiselle K... V... (de Baltimore), âgée de 19 ans, menstruée pour la première fois avant sa treizième année et régulièrement depuis.

Six mois après, je la vis à Baltimore sur le point de se marier. Elle ne voyait plus en rouge depuis l'opération, mais elle éprouvait les sensations accoutumées dans la tête et dans les reins à des intervalles mensuels réguliers qui accompagnaient ces pertes. Elle se maria, *fit un voyage en Europe et, après son retour*, j'appris par sa mère que l'écoulement mensuel ordinaire continuait de se produire et que les sensations sexuelles étaient normales.

OBSERVATION 3.

Recueillie dans le service de M. le professeur LANELONGUE.

M..., 21 ans, ouvrière d'usine. Cette malade se présente, le 2 août 1905, à l'hôpital Saint-André pour y être admise; elle se plaint de douleurs abdominales survenues depuis le 14 juillet. Elle entre dans le service de M. le professeur Lanelongue.

Son père, sa mère, six frères et sœurs sont vivants et bien portants.

Elle-même a eu toujours une santé excellente. Réglée à 12 ans, elle avait parfois de légers retards. Dans l'intervalle des règles, elle avait d'abondantes pertes blanches. Chaque période de règles durait environ huit jours. Pas de grossesse.

La malade se plaint d'avoir eu le 14 juillet, il y a dix-huit jours par conséquent, une abondante hémorragie avec caillots, accompagnée de douleurs expulsives. Les débris hémorragiques, examinés par un docteur, ont permis de conclure à une fausse couche. Quelques moments après, elle fut prise de coliques, de vomissements et de besoins fréquents d'aller à la selle. Tous ces phénomènes durèrent deux jours, puis disparurent. Ils se montrèrent à nouveau vers le 23 juillet pour ne pas disparaître jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital (2 août).

Toutes les cinq minutes, la malade éprouve le besoin d'aller à la selle. Elle ne parvient jamais à le satisfaire et se borne à expulser parfois un peu de liquide clair et glaireux.

Elle dit ne plus avoir de pertes de sang ; pas de pertes jaunes, pas de douleur à la miction.

A la palpation, le ventre est douloureux. On sent dans l'hypogastre une grosse masse tendue, rénitente, immobile, plongeant dans le petit bassin.

Au toucher, on retrouve cette masse douloureuse ; elle envahit le cul-de-sac postérieur. On ne perçoit pas le corps utérin, qui est perdu au milieu de l'énorme tuméfaction. On ne saisit pas les annexes. On pense à une hématocele.

On pratique une intervention d'urgence le 3 août 1905. Laparotomie médiane. On trouve un magma indéfinissable embrassant tout le fond utérin et maintenant le corps fixé par de solides adhérences. Derrière l'utérus siège une volumineuse poche de pus fétide. On l'évacue ; on procède à un lavage de la cavité pelvienne. Les annexes, volumineuses, déformées par le processus inflammatoire, adhérentes un peu partout, sont excisées. On établit un drainage par le vagin.

Le soir de l'opération, la malade est en mauvais état. Le pouls, petit, bat à 130 pulsations. La température est de 39,1. Facies péritonéal. On pratique une injection de 150 cc. de sérum artificiel.

4 août : Même état. Ecoulement du pus par le vagin. Température, 39°. Le pouls bat à 140 pulsations. Le facies est altéré ; pas de vomissements. On injecte 200 cc. de sérum.

5 août : On constate un peu d'amélioration. La malade a une selle.

La température descend à 38°. On enlève la mèche vaginale nauséabonde et on donne 150 cc. de sérum.

7 août : Amélioration. Lavage vaginal par le cul-de-sac postérieur. Le drain de la plaie abdominale fonctionne bien.

12 août : Les deux foyers communiquent. On essaie vainement de passer un drain unique. La suppuration est abondante.

14 août : La plaie abdominale se ferme, il ne reste plus que le passage du drain.

17 août : La température s'était élevée progressivement depuis le 12 jusqu'à ce jour. Elle atteint, le soir, 39,2. On constate que des matières fécales sortent abondamment par le drain abdominal et vaginal. On procède matin et soir à un lavage et au pansement.

18 août : La température du soir est de 39,8. Un orifice fistuleux apparaît au milieu de la cicatrice de la plaie communiquant avec le clavier.

19 août : Dans tous les pansements on constate des matières fécales. Le ventre n'est pas ballonné. Pas de vomissements. Pas de selle depuis trois jours. Il s'est formé une escharre sacrée de la dimension d'une pièce de cinq francs.

21 août : Malgré des lavements répétés et 15 grammes d'huile de ricin, il ne se produit pas de selle. Depuis cinq jours, des matières fécales passent par le cul-de-sac postérieur.

22 août : Même état. L'analyse de l'urine ne révèle pas la présence d'albumine ou de sucre.

26 août : Un lavement ramène des matières fécales par le rectum.

4 septembre : Le drain abdominal est enlevé. Il reste une plaie ovalaire de 5 centimètres de longueur sur quatre de largeur. Il n'y a plus de température depuis huit jours. Les matières ne sortent plus par la plaie abdominale qui est tout à fait réparée à la fin du mois. L'escharre sacrée est presque guérie.

5 octobre : Il sort encore quelque peu de matières fécales par le vagin.

8 octobre : On pratique un examen au spéculum. On voit l'orifice fistuleux du cul-de-sac postérieur. Un doigt introduit dans le rectum y reconnaît un rétrécissement congénital. La malade dit rendre par la fistule des matières liquides.

Comme elle se trouve bien, elle demande à sortir et quitte l'hôpital au milieu d'octobre.

Nous avons revu cette jeune fille au mois de juillet 1906. Elle paraît à ce moment en bon état. Elle jouit d'un embonpoint qui n'a rien d'excessif; son teint est assez fortement coloré; elle est gaie et dit se porter fort bien.

Interrogée au point de vue de son état menstruel, elle nous répond que le mois d'octobre s'est écoulé sans amener le retour de ses règles ou d'une perte de sang quelconque. Elle les considéra alors comme définitivement perdues, puisqu'elle n'en avait pas vu la moindre trace depuis l'opération, qui remontait déjà à trois mois. Chaque époque lui occasionnait des maux de tête, des vapeurs, des vertiges.

Elle fut tout à coup surprise lorsque, au commencement de novembre, elle s'aperçut qu'elle perdait du sang, en moindre abondance néanmoins que jadis, lors de ses règles; mais le mois suivant, à l'époque habituelle, l'écoulement revint et depuis lors il est de tous points régulier et ne se différencie en rien des règles antérieures.

Nous avons revu l'intéressée tous les deux mois environ et, pour la dernière fois, à la fin de février 1907 : son état menstruel n'a jamais varié.

III. Hémorragies irrégulières, de durée limitée, tardives ou précoces.

Obs. 1 (*British med. journ.*, 24 mai 1879). — Le 10 juin 1878, Simpson (d'Edimbourg) fait l'opération de Battey, dans l'espoir de guérir une dysménorrhée très pénible, datant de la première époque menstruelle survenue à l'âge de 12 ans.

Femme de 36 ans. Utérus tellement sensible que l'introduction d'une sonde provoque de terribles souffrances. Haut degré de congestion de tous les organes génitaux.

Les deux ovaires furent enlevés le 10 juin. Les suites de l'opération furent heureuses.

Le 12, les règles réapparaissent pour se terminer le 16.

En juillet, écoulement menstruel à l'époque ordinaire.

En août, pas d'écoulement cataménial.

En septembre, écoulement douloureux.

Novembre et décembre, écoulement léger.

Le 3 mars, quelques jours après le jour ordinaire, il y eut un commencement d'hémorragie utérine en même temps que quelque chose des anciennes douleurs.

Ici se termine la menstruation.

OBS. 2 (*The amer. Journ. of obst.*, 1876). — L'excision des deux ovaires fut faite le 13 janvier par le Dr Trenholme (de Montreal) sur une femme de 32 ans. L'opération réussit parfaitement, mais les hémorragies ne furent complètement arrêtées qu'au moyen d'astringents.

OBS. 3 (Hegar). — S..., nullipare, 32 ans. Réglée à 16 ans, abondamment toutes les trois semaines. Polype muqueux de la grosseur d'une noisette siégeant sur le col; on le laisse à dessein. Opération des ovaires.

Douze semaines après l'opération, à l'époque des règles, apparaît une perte de sang. Cette perte se reproduit encore plusieurs fois à différentes époques.

OBS. 4 (*Americ. Journ. of obst.*). — Ovariectomie double par le Dr Trenholme. N..., 32 ans, atteinte de dysménorrhée, ménorrhagies, fibrome utérin.

Des hémorragies mensuelles revinrent pendant plusieurs mois qui suivirent l'opération. Elles ne cessèrent qu'avec un traitement astringent.

OBS. 5 (due au Dr Labbé). — M^{lle} X..., 42 ans. Menstruée régulièrement. Ovariectomie double le 3 février 1879.

Nous avons vu l'opérée un an après son opération. Elle nous dit qu'elle a eu une fois une perte de sang accompagnée de courbature et de céphalalgie. Jamais plus de perte sanguine.

OBS. 6 (communication de M. Terrier à la Soc. de chir. de Paris, 1875). — M^{lle} X..., 28 ans et demi. Règles régulières. Opérée d'ovariotomie double le 15 juillet. Guérison.

Le 27 août, une seule fois, la malade a ses règles qui durèrent trois jours.

OBS. 7 (Tillaux). — Kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariectomie double ; guérison. Louise C..., 23 ans. Régliée à 14 ans, régulièrement. Opérée le 22 novembre 1879. Les deux ovaires sont enlevés. Guérison rapide.

Le 21 décembre, la malade, qui depuis quelques jours ressentait un malaise dans le ventre et dans les reins, présente un suintement sanguin par le vagin. Cet écoulement léger persiste toute la journée et cesse dans l'après-midi du lendemain. Le mois suivant aucun écoulement.

Les observations qui précèdent ont été rapportées par Ormières.

Dans un cas cité par le professeur Storer, la *menstruation* eut lieu après l'ablation non seulement des ovaires mais aussi de l'utérus lui-même. Il signale le fait dans une note présentée à l'Académie américaine des arts et sciences, et publiée au mois de janvier 1866 par *The American Journal of the Medical Sciences*. Voici l'observation :

OBS. 8. — Sarah A. Colcord (de Malden), me consulta pour la première fois au mois d'août 1865. Elle avait 47 ans, n'était pas mariée et avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 42 ans.

Je pratiquai l'opération le 23 septembre suivant, en présence de MM. les D^{rs} Dix, Longwaid et Fyng. La plaie abdominale se cicatrisa par première intention. Au cinquième jour, la malade demanda la permission de s'asseoir sur son lit ; cette permission lui fut accordée au vingt-et-unième jour ; elle se leva le vingt-huitième et le trente-septième elle quitta Boston pour se rendre chez elle...

Malgré l'altération profonde dont l'utérus était le siège, les ovaires

étaient parfaitement sains. Ils furent naturellement enlevés avec l'utérus.

Jusqu'au moment de l'opération, la menstruation, quoique peu abondante, avait été régulière.

Nous avions naturellement supposé que notre intervention chirurgicale marquerait l'époque critique. Il n'en fut pas ainsi.

Le 11 octobre, dix-huit jours après l'opération, et vingt-six jours après la deuxième époque menstruelle, on vit un écoulement de sang se produire par le vagin : il dura trente heures, ne fut pas mêlé à des caillots, et fit éprouver à la malade un sentiment de courbature, des maux de reins, etc. C'était évidemment un dernier effort de la nature pour rétablir la fonction menstruelle.

Ce phénomène ne s'est jamais reproduit, et depuis ce moment, la malade jouit d'une santé parfaite.

Dans ses *Remarques cliniques à propos des ovariectomies doubles sur la menstruation*, Terrier signale les cas personnels suivants :

Obs. 9. — M^{me} Penh... fut opérée d'un kyste parovarien droit avec ablation de l'ovaire correspondant, le 9 février 1884; cette première opération parut développer chez elle une excitabilité nerveuse extrême. Je fis l'ablation de l'ovaire gauche le 3 février 1885. Or, après cette deuxième opération, le 20 avril, il y eut apparition des règles, sans grandes douleurs et sans crises nerveuses. L'écoulement dura cinq jours et fut normal, au dire de la malade. Depuis, il n'y eut plus d'écoulement.

Obs. 10. — M^{me} B... fut opérée le 29 mai 1879. Jusqu'à l'opération la menstruation avait été normale et régulière. Après l'opération, les règles revinrent le 30 juin et le 3 juillet 1879; depuis, elles ne se montrèrent plus.

Obs. 11. — M^{lle} F..., dont les règles étaient restées régulières, fut opérée de double ovariectomie le 19 décembre 1882. Après cette opération, les règles revinrent seulement le 10 septembre, puis à la fin

de novembre 1883; elles reparurent en janvier 1884; ce fut la seule fois de cette année, puis en mai 1885, mais ne durèrent que deux jours, et encore M^{lle} F... attribue-t-elle ce léger écoulement de sang à une fatigue excessive.

Les cas suivants sont signalés par Pinesse :

OBS. 12. — R..., 27 ans, sans profession; opérée le 25 avril 1889.

Adhérences considérables des deux côtés. A droite, ovaire kystique, trompe oblitérée. Opération laborieuse.

Revue le 6 mai 1890; très bon état au point de vue des douleurs. Marche très bien. *Vient d'avoir deux pertes de sang, peu abondantes, les seules depuis l'opération.*

En 1892 : Bien. En 1894, le bon état se maintient.

OBS. 13. — B... (Louise), 27 ans, employée, opérée le 17 décembre 1889.

Ovaires très difficiles à dégager, enveloppés d'adhérences complètes, trompes fixées solidement. Ovaires déformés, indurés; à la coupe, kystes, parties sclérosées; petits corps jaunes.

Revue le 18 mars 1894. N'a jamais souffert du ventre. Pas de pertes blanches. *Au commencement, voyait un peu sur les deux ou trois mois, mais depuis sept mois ne voit plus, n'a pas engraisé.*

OBS. 14. — Ch..., 33 ans, passementière; opérée le 10 février 1890.

Douleurs de ventre, difficulté de marcher et de se tenir debout.

Règles régulières. Palper : douleurs très vives sur les côtés, surtout à gauche.

A l'opération : Ovaire droit volumineux, assez adhérent, contient des kystes assez importants. A gauche, ovaire un peu gros, d'aspect plus normal, moins adhérent, contient de petits kystes et deux corps jaunes.

Revue le 12 mars 1894. *A eu ses règles à différentes époques pendant quelques jours avec des intervalles de plus en plus éloignés; depuis huit mois ne voit plus rien. Pas de pertes blanches.*

OBS. 15. — M..., 33 ans, couturière, opérée le 17 février 1890.

Ovaires très volumineux, à peine adhérents; le droit, plus volumineux, contient des kystes importants. A gauche, ovaire kystique avec hémorragie, petite trompe peu développée; kystes péritubaires.

Je reçois le 30 mars 1894 sa lettre : *Après l'opération n'a revu ses règles que deux fois, depuis elles ne sont plus revenues.* Pendant deux ans, douleurs de ventre et pertes blanches; tout cela a disparu.

OBS. 16. — B..., 33 ans, femme de chambre, opérée le 18 août 1890.

Deux couches. Souffre toujours depuis. Règles toujours douloureuses accompagnées d'accidents nerveux.

A l'opération : A gauche, ovaire kystique, beaucoup d'adhérences. A droite, ovaire sans kystes mais d'aspect sclérosé.

Je l'ai revue le 15 mars 1894. *Voit tous les mois pendant deux ou trois jours, mais beaucoup moins qu'avant où elle était toujours dans le sang.* Ne souffre pas, peut travailler, mais sans trop se fatiguer.

OBS. 17. — P... (Augustine), 27 ans, lingère, opérée le 30 novembre 1891. A eu il y a trois ans un phlegmon du ligament large, après un accouchement. Pertes et douleurs depuis.

A l'opération : Trompes oblitérées. Ovaires adhérents. A droite, petits kystes; fibrome intra-ovarien et épanchement de sang. A gauche, sclérose et petits kystes. Détachement plus laborieux qu'à droite.

Revue le 3 décembre 1892. Très bien. *Pour la première fois une perte de sang.* Pertes blanches.

OBS. 18. — B... (Marie), 37 ans, giletière, opérée le 31 mai 1892.

Réglée à 13 ans. Trois grossesses. Une fausse couche en 1882, depuis douleurs lombaires atroces.

A l'opération : Adhérences intestinales des deux côtés; adhérences aussi avec l'appendice iléo-cœcal, détachement laborieux. Trompes saines, mais les deux ovaires contiennent de petits kystes.

Revue le 17 mars 1894. *Depuis l'opération a revu ses règles, mais de moins en moins. Maintenant ne voit presque plus.* Pertes blanches comme avant l'opération.

OBS. 19. — M... (Marie, 28 ans, sage-femme, opérée le 6 août 1888). Il y a quatre ans fausse couche probable suivie de métrite, traitée pendant dix-huit mois. Ne peut plus marcher depuis cinq mois.

A l'opération : Adhérences épiploïques, très laborieuses à dégager. A droite, kyste sanguin déchiré, demi-verre de sang, ovaire gros, trompe oblitérée. A gauche, annexes moins grosses, trompe oblitérée.

Revue le 27 mars 1894. *Sauf deux fois, en août et septembre 1894*, n'a jamais revu ses règles. Pas de pertes blanches. Ne souffre pas du ventre.

OBS. 20. — L... (Marie), 22 ans, journalière ; opérée le 18 décembre 1889. Pertes depuis dix-huit mois. Toucher : Tuméfaction douloureuse à droite refoulant l'utérus à gauche. Sensibilité à gauche. A l'opération : A droite, adhérences très difficiles à détacher ; ovaire très modifié, méconnaissable ; trompe épaisse, fongueuse. A gauche, trompe malade, adhérente mais facile à détacher ; gros ovaire à épanchement sanguin.

Revue en août 1893. *Bien rarement réglée*. Se plaint de douleurs de tête.

OBS. 21. — J... (Blanche), 24 ans, couturière ; opérée le 13 janvier 1890. Pas d'enfants. Soignée au Sénégal pour une péritonite. Depuis deux ans, douleurs vives dans le ventre.

A l'opération : Adhérences très intimes ; dissection très laborieuse. A gauche, kyste tubo-ovarien avec liquide noirâtre, abondant. Même liquide dans les trompes. Les ovaires sont infiltrés de sang.

Je reçois, le 21 mars 1894, sa lettre. Etat général bien amélioré. Quant aux règles, *elle a vu à des intervalles très éloignés, trois ou quatre fois pendant ces quatre ans, mais au début*.

OBS. 22. — B... (Angèle), 36 ans, sage-femme ; opérée le 21 juillet 1890. Quatre enfants. Plusieurs fausses couches. Souffre depuis treize ans.

A l'opération : Ovaire sclérosé à gauche, avec deux kystes très développés ; hydrosalpingite, kystes tubaires. A droite, adhérences

moindres, ovaire gros, vaisseaux énormes et petits kystes hémorragiques.

Revue le 22 mars 1894, *n'a jamais eu ses règles, sauf le mois dernier où elle a perdu pendant quelques jours avec douleur. Pas de pertes blanches.*

OBS. 23. — M... (Camille), 30 ans, ménagère ; opérée le 12 avril 1892. Quatre enfants et une fausse couche. Depuis celle-ci, il y a un an et demi, souffre beaucoup du ventre.

A l'opération : A gauche, tumeur volumineuse, épanchement séro-sanglant ; kyste assez important avec contenu jaune-noir. A droite, lésions moins avancées, décollement facile, tandis qu'il est très laborieux à gauche.

Revue dans le courant de 1893. *Se plaint de souffrir et de perdre un peu de sang. Utérus très gros.*

OBS. 24. — D..., 40 ans, opérée le 4 avril 1890.

Douleurs ovariennes. Presque immobilisée. Crises abdominales au moment des règles.

A l'opération : Adhérences épiploïques. Trompe gauche détachée laborieusement. Kyste sanguin de l'ovaire déchiré. A droite, adhérences considérables. Trompe dilatée par un liquide noirâtre ; sclérose ovarienne.

Revue en 1894. Toute douleur disparue. A repris une vie active. *Encore réglée très irrégulièrement.*

OBS. 25. — B... (Léonie), 29 ans, modiste ; opérée le 28 juillet 1890.

Il y a sept ans, grossesse avant laquelle elle aurait eu une tumeur. Hémorragie depuis trois mois. Palper : Tuméfaction à la moitié inférieure de l'abdomen. Toucher : Utérus immobile, dur ; sensibilité bilatérale.

A l'opération : A droite, dissection très laborieuse ; ovaire volumineux qui se déchire ; il s'échappe un flot de pus ; plusieurs kystes. A gauche, ovaire volumineux, petits kystes avec épanchements sanguins. Trompes très dures, épaisses ; noyaux indurés au voisinage de l'angle utérin. Utérus volumineux.

Revue en février et en juillet 1891 : pas de douleurs mais *a des pertes rouges*.

OBS. 26. — N... (Rachel), 25 ans, blanchisseuse ; opérée le 28 avril 1891.

Souffre depuis une grossesse datant de trois ans. Douleurs pendant la marche ; obligée de garder le lit.

A l'opération : Ovaire droit, gros, scléreux. A gauche, ovaire volumineux, mou, contenant du pus.

Revue le 27 janvier 1892 en bien meilleur état. Mais *sujette à des hémorragies qui déterminent une intervention*. (Hystérectomie vaginale le 6 décembre 1892).

OBS. 27. — J... (Marie), 43 ans, cuisinière ; opérée le 9 fév. 1891.

Couche il y a dix-huit ans. Depuis l'âge de 19 ans, pertes, hémorragies constantes et abondantes avec à peine quelques jours d'intervalle.

Palper : Annexes sensibles. Toucher : Utérus gros, volumineux, dur, infiltré de petits fibromes.

A l'opération : A gauche, gros ovaire. A droite, ovaire plus volumineux. Trompe adhérente à l'intestin.

Revue le 22 février 1894. Marche, travaille, mais *perd en rouge*.

OBS. 28. — L... (Stéphanie) 38 ans, bonne ; opérée le 23 novembre 1891.

Ni fausse couche, ni enfant. Régée à 14 ans régulièrement.

Curettée il y a un an par un chirurgien. Depuis, règles abondantes. Tendance aux syncopes. Sensibilité de tout le ventre.

A l'opération : A droite, atrophie ovarienne avec kyste un peu gros. A gauche, grand kyste péritonéal, ovaire et trompe adhérents.

Je reçois, en avril 1894, une lettre de son médecin me disant que son état général est excellent. *Sauf une perte abondante, avec caillots, au commencement de 1893, qui a duré deux jours*, elle n'a jamais eu ses règles. A eu quelquefois des douleurs dans le ventre qui l'empêchaient de dormir mais qui disparaissaient vite.

Sorel publie, en 1896, dans la *Normandie médicale* :

OBS. 29. — M^{me} G..., âgée de 33 ans, a toujours été bien réglée depuis l'âge de 13 ans jusqu'à sa dernière couche. Elle était d'une bonne santé. Elle a eu neuf enfants. Les accouchements ont toujours été normaux et les suites de couches régulières.

Le dernier accouchement a eu lieu le 22 février 1893. Depuis cette époque, la malade se ressent de tiraillements et de lancements dans le bas-ventre. Les douleurs se manifestaient au début surtout après une grande fatigue, mais petit à petit ses douleurs persistèrent même au repos. Aux phénomènes douloureux se sont ajoutées, au mois de septembre de la même année, des métrorrhagies considérables.

En janvier 1894, on lui a fait un curettage utérin contre ces métrorrhagies; depuis elle n'a plus vu de sang, ni au moment de ses règles ni dans l'intervalle, jusqu'au 12 avril; mais les douleurs dans le bas-ventre ont été de plus en plus marquées, surtout à droite, au point de l'empêcher de se livrer à tout travail.

J'ai vu cette malade à ma consultation, le 27 avril 1894. Au toucher, on trouve le col ulcéré; l'utérus est augmenté de volume et adhérent à droite. Le cul-de-sac gauche est libre, mais, dans la cavité de Douglas, il existe une tuméfaction de la grosseur d'une orange; à droite, on sent une tumeur accolée à l'utérus et l'immobilisant, de la grosseur d'une mandarine. Vu l'état très grave et douloureux de cette malade et son impossibilité de travailler, à cause des lésions de l'utérus et des annexes, et l'inutilité d'un curettage précédent, j'ai proposé à la malade une hystérectomie vaginale qu'elle a acceptée.

Huit jours avant l'opération, elle prend 2 grammes de benzonaphtol et deux injections vaginales de sublimé par jour; elle a pris dans la semaine deux bains sulfureux. Elle entre à ma clinique.

4 juin 1894 : Hystérectomie vaginale, 60 gr. de chloroforme, durée 1 heure 10.

La malade endormie est portée dans la salle d'opération; on lui resavonne la vulve et le vagin, on la sonde et on fait une dernière injection de sublimé. Nous avons employé le procédé de l'hémisec-

tion antérieure de Doyen. L'utérus est friable, surtout très adhérent à droite; on place trois grosses pinces sur le ligament large de ce côté; les annexes de ce côté sont enlevées par morcellement; à gauche, les annexes ne sont pas adhérentes, mais l'ovaire est gros et polykystique; on place deux petites pinces et une grosse de ce côté. Lavage du vagin au sublimé et pansement à la gaze iodoformée.

La malade se réveille bien; pendant les premières heures, il y a un écoulement sanguin léger. Elle a deux vomissements dans la journée; on lui fait, matin et soir, une injection de 1 cc. de morphine.

6 juin : On fait le pansement; on lui enlève les pinces à demeure et après on lui donne 30 gr. d'eau de Sedlitz. Elle a, dans la journée, des selles abondantes.

A partir de ce jour, la malade va très bien, ne souffre aucunement et prend des forces rapidement; la température, jusqu'à la sortie, reste normale.

Le 30 juin, la malade sort de notre clinique.

Suites. — Depuis cette opération, la malade s'est toujours bien portée et a pu se livrer à un travail assez fatigant, se trouvant dans l'obligation de gagner sa vie et celle de ses enfants. Elle a repris des forces et a engraisé.

Il n'y a pas lieu d'insister sur la simplicité de l'opération, ni sur le succès thérapeutique de l'hystérectomie dans ce cas.

Réflexions. — Nous avons cru intéressant de présenter cette observation à cause des phénomènes assez insolites qu'a présentés la malade deux mois et demi après son opération. A cette époque, à la suite d'une émotion, elle a perdu pendant huit à dix jours un peu de sang comme au moment de ses règles. Depuis, ce phénomène s'est reproduit régulièrement toutes les trois semaines. Pendant cette période, elle souffre un peu de la tête et a des digestions difficiles; elle est, d'ailleurs, migraineuse.

Depuis quatre à cinq mois, les pertes de sang ont perdu ce caractère de périodicité; surtout après une grande fatigue, elle perd quelques gouttes de sang. D'autre part, elle ne souffre plus dans le ventre. A l'examen, à ce moment, on trouve que la cicatrice du vagin forme des bourgeons charnus saignants.

Il est inutile d'insister sur la curiosité du fait de cette femme réglée, n'ayant ni utérus ni annexes.

Nous trouvons dans Pauchet, la relation des cas suivants :

Obs. 30. — M^{lle} L..., 30 ans, mécanicienne. Pas de grossesse. Souffre depuis 6 ans.

Laparotomie le 7 juin 1894. Double salpingite parenchymateuse et séro-hématique. Utérus adhérent au Douglas. M. Richelot regrette de n'avoir pas fait l'hystérectomie vaginale.

Revue à la fin de 1894. A des métrorragies fréquentes.

Obs. 31. — Marguerite B..., 36 ans.

Laparotomie le 3 juin 1893. Castration double.

Revue en novembre 1896. Va bien, sauf quelques métrorragies.

Obs. 32. — M^{lle} C..., 31 ans.

Laparotomie le 22 juin 1893. Extirpation de deux poches tubaires grosses comme des œufs.

Revue en novembre 1896. Ne souffre plus. L'utérus conserve son volume normal. A eu quatre ou cinq fois des métrorragies.

Obs. 33. — M^{me} A..., 35 ans.

Laparotomie le 20 mai 1890. Ovaires scléreux ; extirpation bilatérale.

Revue en novembre 1892. Va bien. A quelques métrorragies.

Nous recueillons les cas suivants dans le tableau de Jayle, publié dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, en 1897, et faisant suite à un article sur les *Effets physiologiques de la castration chez la femme*.

Obs. 34. — P..., 26 ans, opérée le 6 juillet 1889. Laparotomie, ablation des annexes. Revue en janvier 1894.

Les règles reparaissent irrégulièrement, cinq ou six fois après l'opération.

Obs. 35. — G..., 38 ans, opérée le 20 janvier 1892. Laparotomie, ablation des annexes. Revue en mars 1894.

Règles irrégulières.

Obs. 36. — C..., 23 ans, opérée le 19 mai 1891 pour pyosalpinx gauche et ovaire scléro-kystique droit. Revue en mai 1894.

Règles une fois après un an; depuis, plus rien.

Obs. 37. — O..., 31 ans, opérée le 26 décembre 1892 pour ovarite chronique et hydrosalpinx. Revue le 27 juillet 1894.

Pertes de sang, cinq fois en 1893. Rien depuis.

Obs. 38. — R..., 30 ans, opérée le 21 novembre 1893 pour salpingite droite et dégénérescence kystique des ovaires. Revue le 10 mars 1896.

A deux reprises, pertes de quelques gouttes de sang, un jour.

Obs. 39. — P..., 26 ans, opérée le 6 juillet 1888 pour double salpingite suppurée (?). Revue le 13 mars 1893.

Véritable porte après l'opération. Pertes pendant un an. Nulles depuis six ans.

Obs. 40. — D..., 24 ans, opérée le 6 février 1893 pour salpingite parenchymateuse double. Revue le 8 novembre 1893.

A eu une hémorragie en août, six mois après l'opération; depuis, plus rien.

Obs. 41. — D..., 34 ans, opérée le 8 avril 1892. Ablation des annexes pour épilepsie. Revue le 20 novembre 1893.

Métrorragies.

Obs. 42. — M..., 28 ans, opérée en septembre 1887 pour salpingite double. Revue le 26 décembre 1893.

Pendant la première année, pertes légères tous les deux mois.

Rien à partir de la deuxième année.

Obs. 43. — M..., 32 ans, opérée le 29 avril 1895 pour hémato-salpinx double. Revue le 24 janvier 1896.

Pertes trois fois dans une année.

Obs. 44. — L..., 31 ans, opérée le 30 mars 1892 pour ovaires scléro-kystiques très adhérents. Revue le 11 février 1896.

Une seule perte abondante de quatre jours, six mois après l'opération.

OBSERVATION 45 (personnelle).

A. D..., 32 ans, sans profession.

Cette fille était très jeune lorsqu'elle perdit son père et sa mère qu'elle n'a pas connus. Elle croit pouvoir affirmer cependant que sa mère est morte tuberculeuse. Elle n'a ni frères ni sœurs.

Elle a été élevée dans un orphelinat jusqu'à l'âge de 19 ans. Règlée à 14 ans, ses règles ont été régulières et non douloureuses jusqu'à l'âge de 20 ans, où elle prétend avoir commencé à souffrir des côtés du ventre. Ses règles sont devenues, à partir de ce moment, douloureuses et un peu irrégulières.

Elle entre à l'hôpital Saint-André, le 2 juin 1901, dans la salle du Dr Monod où nous nous trouvions à cette époque comme élève stagiaire de première année. Elle se plaint de douleurs très vives, lancinantes, siégeant dans la fosse iliaque gauche et irradiées aux lombes, à l'hypogastre et à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche.

Le ventre est douloureux à la palpation et le toucher révèle la sensibilité excessive et l'empâtement du cul-de-sac gauche.

On s'aperçoit qu'elle a des pertes verdâtres empesant le linge. Elle dit en avoir eu de semblables à deux ou trois reprises déjà, depuis quelques années.

Elle est extrêmement nerveuse et se signale, dans la salle, à l'attention de tous par ses crises quotidiennes de rire et de larmes.

Après un traitement médical de quelques jours qui n'eut pas de résultat satisfaisant, le Dr Monod décide de pratiquer une laparotomie le 18 juin 1901. Il fit l'ablation des annexes gauches sur les

lésions desquelles nous n'avons pu retrouver d'autres détails que la mention : ovaire scléro-kystique.

Les suites opératoires furent simples et la guérison assez rapide.

Elle sort de l'hôpital à la fin de juillet.

A partir de cette époque les règles ont continué douloureuses et un peu irrégulières.

Elle entra à nouveau à l'hôpital au mois de septembre, se plaignant encore des mêmes douleurs que jadis; mais elles siégeaient, cette fois, du côté opposé (droit). On la soumet au repos au lit. On pratique, deux fois par jour, chez elle, des injections vaginales. Son état s'améliore et en décembre elle quitte l'hôpital et va faire un séjour de deux mois environ à Pellegrin à titre de convalescence.

Elle ne tarde pas à retomber encore. Dans les derniers jours d'avril 1902, elle se présente, pour la troisième fois, à l'hôpital où elle est admise encore dans le service de M. le Dr Monod.

Les symptômes qu'elle présente sont toujours les mêmes : douleurs intenses dans le côté droit du ventre, irradiées à tout l'abdomen, aux lombes, à la partie supérieure de la cuisse droite. On décide d'enlever l'ovaire droit.

M. le Dr Monod, souffrant à cette époque, est remplacé dans le service par M. le Dr Bégouin, qui pratique l'intervention le 6 mai 1902.

Les ovaires et les trompes du côté droit sont enlevés.

Les suites opératoires furent surtout marquées par la formation d'une collection purulente, du volume d'une orange, qui se développa au bout d'une douzaine de jours, appréciable au toucher par la voie du cul-de-sac latéral droit; cette collection s'évacua spontanément par le vagin. Elle était constituée par un pus bien lié, extrêmement fétide.

La malade dut rester au lit deux mois.

Elle eut en juin, trente-huit jours après l'opération, une perte de sang d'abondance moyenne, précédée et accompagnée de quelques douleurs et qui dura quarante-huit heures environ.

C'est à la fin de juillet qu'elle quitta l'hôpital, guérie.

Le 2 août, époque qui coïncidait à peu près avec celle de ses anciennes règles, après avoir marché pendant une après-midi pour

visiter plusieurs amies, elle fut prise, le soir, de vives douleurs, analogues, dit-elle, à celles qu'elle éprouvait avant d'être opérée pour la seconde fois.

Elle se met au lit et s'aperçoit dans la nuit qu'elle perdait du sang assez abondamment. Elle en ressentit d'ailleurs un soulagement manifeste. A l'en croire, cette hémorragie — la deuxième depuis son opération — ne dura pas moins de deux mois, présentant çà et là des intervalles de calme absolu n'excédant pas cinq jours.

Jusqu'au mois de mai 1903, elle ne fut guère incommodée que par quelques douleurs peu intenses dans les côtés du ventre. A ce moment, une hémorragie reparut après une promenade qu'elle fit, à pied, dans la banlieue. Cet écoulement dura à peu près un mois avec des intermittences de trois à quatre jours pendant lesquels elle ne perdait pas.

Elle disait souffrir un peu toujours, mais, lorsque l'hémorragie allait survenir, les douleurs atteignaient une grande violence. Dans ces crises aiguës, elle palpait son ventre; il était, dit-elle, très douloureux et semblait, par endroits, « plus ferme ». Nous croyons qu'elle traduisait ainsi la sensation d'empâtement.

En 1904, enfin, survint, au mois d'octobre, une autre hémorragie qui dura environ quinze jours avec des intermittences de deux ou trois jours. Elle s'était produite, prétend-elle, après des rapports sexuels.

Jusqu'en 1905, elle ne vit aucune perte. En janvier de cette même année, elle se marie. A partir de son mariage jusqu'en avril 1905, elle perdit, à deux ou trois reprises, quelques gouttes de sang; ces pertes étaient accompagnées de quelques douleurs vives.

Depuis lors, nous l'avons souvent revue et pour la dernière fois au commencement du mois de mars 1907. Les hémorragies n'ont jamais reparu.

Elle prétend avoir eu tort de se laisser opérer, parce que l'écoulement du sang calmait les douleurs qu'elle éprouvait aussi bien avant qu'après son opération. C'est pourquoi elle « regrette ses règles ».

La tonalité de sa voix semble avoir un peu baissé. Elle a pris très peu d'embonpoint. Elle prétend avoir conservé toutes ses facultés sensitives dans les rapports conjugaux.

OBSERVATION 46

Recueillie dans le service de M. le professeur BOURSIER.

B..., 24 ans, domestique.

Réglée pour la première fois à 15 ans. Ses règles étaient douloureuses, peu abondantes, durant trois ou quatre jours, régulières. Dans l'intervalle, pertes blanches abondantes.

Elle eut une grossesse à 22 ans. L'accouchement, à terme, fut facile et n'entraîna aucun accident ultérieur. Elle n'a jamais fait de fausse couche, jamais de maladie grave.

Depuis cet accouchement, remontant à deux années, elle se plaint de souffrir du ventre. Elle éprouve de vives douleurs dans les deux fosses iliaques. Ces douleurs s'exaspèrent par la fatigue et s'irradient alors aux lombes; elles disparaissent sous l'influence du repos. Dans l'intervalle des époques de règles, elle a toujours des pertes blanches. Elle a parfois des mictions douloureuses.

Pendant une année environ, cette jeune fille fut soignée à la consultation.

Au mois de décembre 1903, elle eut tous les symptômes d'une urétrite blennorragique aiguë.

Enfin les douleurs de ventre augmentant d'intensité chez la malade, et s'accompagnant parfois de fièvre, elle se décide à entrer à l'hôpital du Tondu pour y être opérée.

La palpation du ventre est assez douloureuse au niveau du fond de l'utérus et au niveau des annexes.

Au toucher, on trouve un col un peu entr'ouvert, assez mobile. Le corps utérin, rétrodévié, est adhérent.

Les annexes droite et gauche descendent dans le Douglas : elles sont enflammées et très douloureuses. Le cul-de-sac antérieur est aussi d'une sensibilité extrême.

L'hystérométrie, assez facilement pratiquée, sans déterminer de très fortes douleurs, donne 6 cent. $1/2$.

La malade est opérée le 2 mars 1906.

On pratique, sous chloroforme, la laparotomie médiane sous-ombilicale. Une syncope survient et nécessite d'interrompre, pendant quelques minutes, l'intervention.

La vessie, repliée, tapisse l'utérus jusqu'à sa partie supérieure : elle est adhérente à lui, mais on libère assez facilement l'organe. Les annexes, plus solidement adhérentes, sont également libérées; on les saisit à l'aide d'une pince courbe; on les sectionne et les touche au thermo-cautère. Puis on en fait la ligature.

Les annexes sont ainsi enlevées des deux côtés.

L'abdomen est refermé par une suture à trois plans.

Les suites opératoires furent simples; la plaie guérit par première intention.

L'opérée quitte l'hôpital le 4 avril 1906, guérie et munie d'une ceinture abdominale. Elle ne souffre plus du ventre, mais éprouve encore quelques vagues douleurs dans les lombes.

Nous avons revu cette femme en janvier 1907. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle s'est bien portée. Mais, vers le milieu du mois de mai 1906, époque ne coïncidant pas avec celle de ses anciennes règles, elle eut, à la suite d'une fatigue provoquée par un déménagement, une perte de sang précédée de douleurs violentes dans le côté droit du ventre. Cette hémorragie, constituée en partie par des caillots, dura environ deux jours. Elle céda au repos du lit et à quelques injections chaudes.

En septembre 1906, elle eut encore une hémorragie analogue à la première, qu'elle attribua cette fois à une fatigue excessive déterminée par le nettoyage d'un plancher. Cette perte de sang présenta les mêmes caractères que la précédente, mais avec une atténuation marquée. C'est ainsi que sa durée fut limitée à une journée.

Depuis lors, elle n'a pas été incommodée par le moindre écoulement sanguin.

OBSERVATION 47 (personnelle).

J. C..., 34 ans, employée de magasin.

Réglée pour la première fois à 13 ans, ses règles ont toujours été assez régulières jusqu'à l'âge de 23 ans où elle fit une fausse couche, qui la rendit très malade et à la suite de laquelle elle eut un « commencement de péritonite »; à partir de cette époque, les règles devinrent abondantes et douloureuses. La moindre fatigue déterminait de très

vives douleurs de chaque côté du ventre. Elle a, dit-elle, grand'peine à ce moment à gravir l'escalier qui la conduit chez elle au retour du magasin, où ses occupations l'obligent à se tenir constamment debout.

C'est après deux années environ de cette « vie d'infirme », qu'elle se décide à entrer à l'hôpital Saint-André où elle sollicite instamment de M. le Dr Monod une opération qui la délivre de ces douleurs.

Après qu'un traitement médical habituel eut démontré la légitimité d'une intervention, M. le Dr Monod pratiqua l'ablation bilatérale des annexes le 2 février 1898.

Il nous a été impossible de nous procurer des renseignements détaillés sur l'opération.

D'après le récit de la malade, fort intelligente, les suites en auraient été simples, la convalescence rapide et elle serait sortie guérie de l'hôpital le 8 mars.

Quatre jours après l'opération, un écoulement de sang eut lieu par le vagin, sans provoquer de douleurs ; il dura environ 48 heures.

Après sa sortie de l'hôpital, il restait peu des anciennes douleurs ; la malade accusait seulement un peu de pesanteur lombaire. L'appétit qu'elle avait depuis longtemps perdu se réveillait.

C'est dans cet état qu'elle partit à la campagne, chez des parents, pour y parfaire sa guérison. Elle se trouvait là lorsque, souffrant un peu du côté droit depuis quelques jours déjà elle fut prise, le 30 mars, deux mois environ après l'intervention chirurgicale, d'une hémorragie qui débuta après une longue promenade. Elle en reportait la cause à un saut qu'elle avait fait quelques heures auparavant pour franchir un fossé et après lequel, dit-elle, l'intensité de ses douleurs s'était subitement accrue. Elle crut alors à des règles, bien que ce n'en fût pas l'époque habituelle, et douta à ce moment de la sincérité de ceux qui, à l'hôpital, lui avaient affirmé l'ablation de ses deux ovaires.

Cette hémorragie, accompagnée de quelques douleurs dans le côté droit du ventre, fut assez abondante et dura deux jours. Elle se mit au lit dès que l'écoulement parut et se fit appliquer des cataplasmes sur le ventre. Tout disparut ainsi.

À dater de cette époque, elle passa environ quatre mois sans être autrement incommodée que par d'assez fréquentes céphalalgies.

Elle rentra en ville à la fin de juillet. Dix jours environ après son

arrivée et la reprise de ses occupations, survint, le 6 août, une autre hémorragie précédée et accompagnée des mêmes douleurs que celle du mois de mars, avec un caractère d'intensité plus marquée. Elle a constaté cette fois comme la précédente que les douleurs s'atténuaient considérablement avec l'apparition du sang.

Cette hémorragie, plus abondante que la précédente, dura trois jours; elle constata la présence de quelques caillots. Elle suspendit son travail, se mit au lit, appliqua sur son ventre des cataplasmes et l'écoulement disparut insensiblement.

Enfin elle eut encore une hémorragie, la dernière, au milieu du mois de janvier 1899; les douleurs qui la précédèrent furent assez peu intenses et l'écoulement ne dura que quelques heures.

A partir de ce moment, elle ne vit plus rien de semblable.

Actuellement elle est encore sujette à quelques vertiges. Elle jouit d'un emboupoint assez marqué. Son ventre devient un peu sensible après une fatigue excessive, son état général est assez bon.

Elle dit n'avoir qu'à se louer des modifications apportées dans son état par l'opération.

OBSERVATION 48

Recueillie dans le service de M. le professeur BOURSIER.

C..., 35 ans, sans profession.

Cette jeune femme vient pour la première fois à la consultation gynécologique en 1896.

Ses premières règles ont apparu à 11 ans. Elles ont toujours été régulières. A 16 ans, elle fit un accouchement à terme sans suites pathologiques. A 18 ans, elle fit une fausse couche de quatre mois et demi et expulsa trois fœtus. Sa mère avait eu une grossesse gémellaire et une de ses tantes avait eu une grossesse trigémellaire.

Cette fausse couche entraîna chez elle des désordres variés qui nécessitèrent un séjour au lit de trois mois; elle se plaignait en particulier de très vives douleurs dans le ventre et dans les seins. Depuis lors, ces douleurs ont persisté à des degrés divers, avec quelques accalmies. Les règles reviennent régulièrement toutes les trois semaines; elles durent huit jours.

Depuis deux mois elle a des coliques au moment de ses règles et elle a remarqué que chaque colique est suivie de l'expulsion d'un caillot. Elle a des pertes jaunâtres, glaireuses. Elle a des mictions difficiles ayant nécessité quelquefois le cathétérisme. Elle n'est pas constipée.

Elle est très nerveuse.

Elle a un très mauvais estomac, prétend-elle. Elle vomit presque chaque matin.

La palpation du ventre accuse une très vive sensibilité à gauche où, néanmoins, on peut appuyer assez fortement.

Au toucher, on sent le col bas, regardant en arrière et portant sur la sangle périnéale. Le corps, un peu volumineux, est porté en avant et repose sur la vessie.

On constate une leucorrhée assez abondante.

On applique un tampon de tanin.

A partir de ce moment (avril 1896), la malade revient à deux ou trois reprises à la consultation. On pratique chaque fois un pansement, puis elle disparaît jusqu'au mois de mai 1903.

A cette époque elle revient parce que, dit-elle, des douleurs vives qu'elle éprouve dans le ventre l'y obligent.

L'examen révèle l'état suivant : La palpation du ventre est difficile ; le fond utérin paraît élevé. La palpation des régions annexielles est douloureuse des deux côtés.

Le col, un peu dur, regarde en arrière. L'utérus est volumineux et nettement antéfléchi. Les annexes, que le doigt ne peut atteindre, semblent très douloureuses, à gauche surtout.

Le cathétérisme ne peut être pratiqué ; le spéculum ne peut coiffer le col à cause de la présence de brides vaginales.

Le 27 mai 1903, la malade revient. L'utérus est très gros, antéfléchi.

Un nouvel essai de cathétérisme, à la sonde d'Hégar, demeure infructueux. L'antéflexion amène de la rétention d'urine. On doit sonder la malade.

Le 24 juin : on sent une masse pédiculée au voisinage de la corne gauche.

Le 1^{er} juillet 1903 : la malade revient et dit avoir perdu, ces jours-

ci, du sang en grande abondance. On constate en effet qu'elle en perd effectivement encore. On applique un tampon vaginal ichtyolé.

On lui conseille d'entrer à l'hôpital, en vue d'une intervention qui s'impose.

Elle entre à l'hôpital du Tondu dans les premiers jours de juillet 1905 et elle est opérée le 18 du même mois.

L'opération, pratiquée sous chloroforme, fut particulièrement difficile. Les annexes, du côté gauche surtout, étaient déformées, adhérentes de toutes parts. Les annexes droites présentaient les mêmes caractères mais à un degré moindre.

L'utérus volumineux est fibromateux.

M. le professeur Boursier pratique une hystérectomie subtotal, par le procédé de la décollation, et, après de laborieuses tentatives, dégage le fond utérin et les annexes droite et gauche de leurs adhérences. Le tout est enlevé.

Les suites opératoires furent très longues et compliquées par l'existence d'une fistule intestinale.

Enfin la malade guérit et sortit de l'hôpital le 10 janvier 1906.

Le 18 janvier elle revient à la consultation; on cautérise alors le trajet fistuleux avec du nitrate d'argent.

Le 22 février elle dit souffrir des jambes; on ne constate pas d'œdème; elle accuse des vertiges, des vapeurs et parfois des maux de tête. On lui prescrit le repos.

Vers le milieu du mois de juin, elle fut prise de pesanteur dans le côté gauche du ventre. Elle y attacha peu d'importance et continua de se livrer aux travaux de son ménage qu'elle avait repris depuis quelque temps déjà. La sensation de pesanteur ne tarda pas à se changer en véritables douleurs, assez vives, lancinantes le soir. Elle se mit alors au repos pendant quelques jours. Puis, sous l'influence de nouvelles fatigues, les douleurs revinrent avec les mêmes caractères, et enfin elle s'aperçut, vers le 10 juillet, qu'elle perdait le sang par le vagin. Cette hémorragie, peu abondante, dura deux jours et provoqua une atténuation marquée des douleurs. Cependant cet écoulement effraya la malade, qui vint se présenter à la consultation le 19 juillet et fit part de cet accident.

A ce moment la palpation du ventre dénote une certaine sensibilité à gauche. Elle ne révèle rien autre.

Au toucher, on constate un peu d'induration dans le cul-de-sac latéral gauche ; on provoque là une douleur assez vive.

Le col et le vagin sont rouges. On pratique un pansement vaginal à l'ichtyol.

La malade a pris un certain embonpoint.

Au mois de novembre, elle eut encore une très légère perte de sang qui se borna cette fois à « quelques taches » et ne fut précédée et accompagnée que de douleurs très peu vives.

Depuis cette époque aucun écoulement n'a reparu.

OBSERVATION 49

Due à l'obligeance de M. le professeur BOURSIER.

F. L..., 32 ans, sans profession.

La malade se présente pour la première fois en juin 1896 à la consultation de la clinique gynécologique.

Elle a eu ses premières règles entre 16 et 17 ans. Elles ont été toujours régulières et assez douloureuses. Elles duraient trois ou quatre jours environ. Dans l'intervalle, pertes d'un blanc jaunâtre assez abondantes.

La malade est très constipée. Elle a un estomac assez bon. Elle est très nerveuse. Les mictions sont normales, rarement douloureuses.

Elle n'a jamais fait de grossesse à terme. A 21 ans, elle a fait une fausse couche de deux mois et demi. A ce moment, elle perdit du sang, en assez grande abondance, pendant deux semaines environ. Elle resta quinze jours au lit, puis entra à la clinique obstétricale de l'hôpital de Saint-André où on lui pratiqua un curetage. Malgré l'avis du médecin, la malade quitta l'hôpital sept jours après. C'est à partir de ce moment qu'elle a commencé à souffrir du ventre ; ce sont ces douleurs qui la conduisent à la consultation en 1896.

A ce moment, la palpation est rendue impossible par le nervosisme du sujet et la défense musculaire.

La vulve est en bon état, le périnée intact.

Au toucher, le col est bas ; il repose sur la sangle périnéale. Son volume est moyen et l'orifice est entr'ouvert. Le corps, un peu gros, paraît dirigé en arrière. Dans le cul-de-sac antérieur, au niveau de

la réunion du col et du corps, on sent un petit corps dur, du volume d'une noix, adhérent à la paroi utérine, pas douloureux.

Les annexes sont augmentées de volume des deux côtés.

L'examen au spéculum montre un col de volume moyen, fortement congestif, regardant à droite. L'hystérométrie avec un Hegar n° 4 donne 7; on ramène du sang; on pratique un pansement intra-cervical au perchlorure de fer et on applique un tampon vaginal au tanin.

La malade revient d'une façon à peu près régulière à la consultation, tous les mois, pendant les années 1897, 1898, 1899. La série des accidents chaque fois signalés est sensiblement la même. Les annexes sont toujours augmentées de volume et très douloureuses. Les douleurs de ventre sont presque continuelles et s'exaspèrent sous l'influence de la moindre fatigue.

On applique tour à tour des pansements au tanin, à l'ichtyol et au perchlorure de fer, car son utérus saigne dès que l'on y touche. Les règles cependant sont assez régulières; leur abondance n'est pas exagérée.

La malade disparaît en 1900 et 1901 : elle passe ces deux années dans un département voisin dont elle est originaire.

Elle revient en 1902. Elle n'accuse aucune amélioration. Ses douleurs sont toujours intenses; elles se localisent surtout dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant vers les lombes et les cuisses.

Dans l'intervalle des règles surviennent des pertes blanches abondantes. Il n'y a rien à signaler, ni ménorragies ni métrorragie.

La malade souffre dans les rapports sexuels. Les mictions sont fréquentes et parfois douloureuses.

Après une longue absence, elle revient encore en 1904, l'air misérable, courbée en deux, trainant toujours péniblement le fardeau de son ventre.

A son aspect, on la presse d'entrer à l'hôpital du Tondu. Elle refuse et part à nouveau dans sa famille. Mais les phénomènes prirent un tel caractère d'intensité (douleurs, ballonnement, fièvre) que bientôt, après avoir passé au lit une période de deux mois, elle vient elle-même au mois d'octobre 1904 solliciter son admission à l'hôpital.

Elle y entre le 13 octobre. On la soumet au repos absolu, avec applications de glace sur le ventre.

On l'examine le 7 novembre. Elle est amaigrie; le faciès est pâle; le ventre est ballonné; la palpation superficielle éveille une vive sensibilité au niveau du fond de l'utérus, mais surtout au niveau de la fosse iliaque droite. La défense musculaire est assez prononcée. La palpation profonde révèle un empâtement diffus dans la fosse iliaque droite.

La vulve est en assez bon état, fermée. Le périnée est sain; dans l'effort, pas de déroulement des colonnes du vagin.

Au toucher, on trouve un col regardant en avant et à gauche; sa consistance est dure, son orifice presque fermé. Il est immobilisé.

Le corps utérin semble être porté en arrière et immobilisé.

Il paraît bloqué par une masse dure, volumineuse, remplissant la région annexielle droite. Cette masse est assez sensible au toucher.

Dans la région annexielle gauche, on trouve un empâtement diffus où on ne peut reconnaître la trompe et l'ovaire. Le doigt ramène quelques glaires épaisses et filantes.

14 novembre : On enlève la glace, les douleurs ayant presque complètement disparu. On est frappé, au toucher, par la consistance très dure de la masse qui bloque l'utérus et le refoule en arrière. La température est normale.

19 novembre : La malade a ses règles; elles sont peu abondantes et douloureuses.

2 décembre : On applique à nouveau de la glace sur le ventre de la malade qui accuse de vives douleurs.

15 décembre : La température est de 38,4 le soir. Il semble, au toucher, que la masse de la fosse iliaque droite soit moins dure et un peu plus facile à délimiter.

Le 19 décembre, veille des règles habituelles, la malade souffre violemment. La température est de 38,2 le soir.

Le lendemain, apparition des règles qui durent deux jours.

Jusqu'au 4 février, l'état de la malade reste à peu près stationnaire; les douleurs spontanées semblent devenir plus rares, mais le toucher les provoque.

5 février : Les douleurs réapparaissent ; le soir, le ventre est ballonné et on applique de la glace. Pas de température.

17 février : La malade paraît aller mieux. Les douleurs diminuent d'intensité.

1^{er} mars : Cette situation meilleure se poursuit. Il semble, au toucher, que l'utérus se dégage sensiblement de la masse qui l'immobilisait.

7 mars : En présence de cette accalmie, on décide de pratiquer l'intervention chirurgicale.

9 mars : L'examen donne les résultats suivants : Ventre en assez bon état, non ballonné ; la palpation superficielle est peu sensible. On trouve, à la palpation profonde, une masse dure, du volume d'une grosse orange, dans la fosse iliaque droite ; elle est à peu près immobile.

Au toucher, on saisit le col en avant et en haut. Le corps utérin, peu mobile, peu sensible, est en arrière. A droite, le doigt atteint la grosse masse qui paraît rénitente ; elle refoule l'utérus un peu à gauche. A gauche, on sent un bloc annexiel assez volumineux, peu mobile.

L'intervention est pratiquée le 10 mars 1903.

Anesthésie chloroformique. Position de Trendelenburg. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Après incision du péritoine épaissi par endroits, et la valve mise en place, on aperçoit une grosse masse à droite, de coloration rouge vif. On se rend compte qu'elle est adhérente de toutes parts et nettement fluctuante.

Les annexes gauches, très volumineuses, sont enlevées.

On ponctionne la masse kystique droite et, à l'aide de l'appareil de Dieulafoy, on en retire un liquide jaunâtre, sans odeur. Après avoir placé sur l'orifice une pince à kyste, on essaie de décortiquer la masse. Au cours de cette opération, très laborieuse, le doigt pénètre dans une cavité d'où s'écoule aussitôt du pus. On place des compresses dans cette cavité pour en absorber le contenu. Après quelques nouveaux efforts, le pédicule est enfin saisi et on pratique l'ablation des annexes droites. On laisse une mèche dans la cavité péritonéale ; on reconstitue la paroi, que l'on draine, par une suture à trois plans.

Le soir, température normale. Pouls, 82.

Le 11 mars : La température s'élève, le soir, à 38,2. Le pouls bat 90 pulsations. La langue est bonne. Le ventre n'est pas ballonné.

Le 12 mars : La température du soir est de 38,2.

Jusqu'au 16 mars l'état paraît s'améliorer. Mais le soir de ce jour, la température est de 38,5 ; le ventre est ballonné, très douloureux ; on applique de la glace.

Les phénomènes douloureux et la température dénotent un état peu satisfaisant qui se prolonge les 18, 19, 20, 21, 22, 23 mars. On pratique, ce jour là, le toucher qui révèle en arrière, dans le Douglas, la présence d'un empatement très douloureux ; la palpation abdominale est très sensible.

La plaie abdominale, dont on a enlevé les points le 22, est guérie, sauf en un point où un peu de pus s'écoule.

Jusqu'au 29, la température oscille entre 38,5 le matin et 39,6 le soir, et les phénomènes de cellulite pelvienne sont très accusés.

Le 30 : La température devient normale mais les douleurs restent très vives.

Le 4 avril : La malade souffre toujours. Au toucher, on sent en arrière de l'utérus une masse diffuse, molle, extrêmement sensible.

Le 5 : Un peu d'amélioration.

Le 7 : Le mieux s'accroît. La malade éprouvant encore quelques douleurs, on continue les applications de glace.

Le 18 avril : La malade se lève. Mais la fatigue réveille les douleurs et elle est obligée de reprendre le repos au lit.

Le 20 avril : Elle se lève à nouveau. Son état paraît s'améliorer.

Le 15 mai : La malade demande à quitter l'hôpital et elle en sort effectivement le 21 mai.

Elle se rend chez elle, à Bordeaux. Trois jours après son arrivée, elle est prise de violentes douleurs, localisées surtout dans le côté droit ; ces douleurs l'obligent à se mettre au lit et durent une journée ; vers le soir, elle s'aperçoit alors qu'elle perd du sang en assez grande abondance ; elle constate que cette hémorragie lui apporte un soulagement marqué. L'écoulement dure trois jours et coïncide à peu près avec l'époque habituelle des anciennes règles.

Jusqu'au mois de juillet, elle n'a plus de perte sanguine, mais elle

conserve des douleurs assez vives dans le ventre, qui l'obligent à revenir à la consultation.

En se rendant à l'hôpital dans ce but, elle est prise d'une hémorragie. On l'examine et on constate des phénomènes de pelvi-péritonite localisés à droite, et une induration douloureuse des culs-de-sac latéraux et du Douglas. On applique un pansement à l'ichtyol.

Elle revient, le 17 août, en disant qu'elle perd du sang depuis quinze jours. Les phénomènes de cellulite sont encore très accusés.

Jusqu'en octobre, elle n'a rien à signaler dans son état que les douleurs qui persistent toujours.

A partir du commencement de ce mois, elle perd du sang tous les quinze jours jusqu'en décembre, époque où l'on constate que les lésions de cellulite sont encore intenses.

Le 9 janvier 1906 : La malade, après une interruption d'un mois et demi environ, recommence à perdre du sang. Elle vient le 11 à la consultation : l'hémorragie, peu abondante, dure encore.

Le toucher révèle l'existence, dans le cul-de-sac latéral droit, de brides inflammatoires sensibles. A droite, on sent une induration très sensible.

A partir de ce moment la malade ne perd plus de sang jusqu'au mois de mai. Elle vient néanmoins à la consultation dans le mois de février, à trois reprises : on constate chaque fois une sensible amélioration ; les parties indurées s'assouplissent.

Le 12 mai : Après quelques travaux un peu plus pénibles, que son état sensiblement amélioré l'avaient engagée à entreprendre, l'hémorragie reparait pour se répéter chaque semaine pendant deux jours, et cela durant un mois.

Elle vient à la consultation pendant cette période, et on constate que le cul-de-sac latéral droit est de nouveau empâté et sensible. Le col paraît sain.

Le 20 juin survient une perte particulièrement abondante. Au commencement d'août, nouvelle hémorragie ; on l'examine le 9 du même mois et on constate un assez gros amas de pelvi-péritonite au milieu duquel la masse utérine est mobile.

Elle n'a aucun accident jusqu'à la fin d'octobre 1906.

A ce moment (le 30) survient une hémorragie très abondante précédée d'une douleur plus vive que d'habitude.

Elle perd encore une fois en novembre et une fois en décembre, mais il n'y a pas coïncidence avec l'époque des règles anciennes.

Elle resta enfin jusqu'au 1^{er} mars 1907 sans voir d'hémorragie et presque sans éprouver de douleurs ; elle se crut alors définitivement guérie. Mais à cette époque elle a senti un léger malaise, une douleur vive dans le côté droit, et a vu survenir une très légère perte de sang qui a duré une journée à peine.

Le 7 mars : Elle revient à la consultation. L'examen fournit les détails suivants : le ventre est souple, la palpation facile. On constate un peu de sensibilité à droite, un peu au-dessus de la fosse iliaque.

Au toucher, on sent le col bas situé, petit, mobile, peu sensible. Le corps paraît encore adhérent à la face postérieure du bassin ; la réduction au doigt est difficile et provoque une douleur assez vive. Il reste dans le côté droit un peu de pelvi-péritonite sous la forme d'induration et de brides douloureuses ; mais ces exsudats inflammatoires ont beaucoup diminué. A gauche, on provoque un peu de douleur, mais on ne sent pas d'induration.

La malade prétend qu'une douleur vive accompagnée parfois de fièvre et de « battements de cœur » est le signe fatal et absolu de l'apparition prochaine de l'hémorragie ; dès que l'écoulement s'établit, la douleur s'apaise. La nuit, l'écoulement s'arrête presque toujours ou diminue notablement d'intensité.

En résumé, les hémorragies, depuis l'intervention, tendent manifestement à diminuer comme durée et comme fréquence.

OBSERVATION 50.

M^{me} B. C..., nous communique M. le professeur Boursier, me fut adressée vers la fin de l'année 1901, par mon collègue et ami Chamberlent, pour des accidents d'ovaro-salpingite double qu'elle avait déjà depuis quelque temps et qui l'avaient obligée de garder le lit pendant une partie de l'été de cette même année.

La question d'une intervention possible avait déjà été discutée, lorsque le 9 février 1902, à la suite d'un pansement intra-utérin, la

malade fut prise d'une crise très aiguë de pelvi-péritonite avec vomissements et fièvre qui nécessita des soins très assidus pendant un mois et demi environ. Pendant le cours de cette poussée, il avait été décidé que nous pratiquerions l'ablation totale des organes malades dès que les lésions paraîtraient refroidies.

M^{me} C... est une femme de 33 ans, grande, forte, blonde, de tempérament un peu arthritique. Elle est très bien réglée. Jusqu'au moment où elle fut atteinte d'annexite, elle s'était toujours bien portée.

Comme elle était suffisamment rétablie de la crise aiguë signalée, l'intervention put être pratiquée le 3 avril 1902, à la maison de santé, avec l'assistance des docteurs Chambrelent, Venot et Laconche.

Je pratiquai chez cette malade une laparotomie médiane sous-ombilicale qui me permit, à l'aide de la position de Trendelenburg, de faire successivement l'ablation des deux annexes volumineuses et assez solidement adhérentes. Les lésions étaient constituées par un double pyo salpinx, avec ovarite polykystique et périannexite assez intense. Malgré ces adhérences, les deux annexes purent être enlevées toutes deux complètement.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade sortit de la maison de santé complètement guérie, le 9 mai 1902.

Dans les mois qui suivirent cette opération, elle prit assez rapidement un embonpoint considérable et sa santé se rétablit complètement.

Néanmoins, elle remarqua bientôt que, malgré l'opération, ses règles ne tardèrent pas à revenir. L'écoulement, assez régulier, revenant toutes les cinq ou six semaines, préoccupa bientôt la malade, qui d'abord ne pouvait croire qu'elle avait subi la castration complète et se demandait parfois si ces hémorragies ne provenaient pas d'un cancer utérin.

Ces écoulements se renouvelèrent assez régulièrement dans les deux années qui suivirent, mais, à deux ou trois reprises, ils furent suspendus pendant deux ou trois mois.

Les choses en étaient là lorsque, le 19 novembre, à la suite d'un refroidissement, la malade fut prise brusquement de troubles respiratoires (congestion du sommet), avec troubles cardiaques marqués, faiblesse du cœur, tendance à la syncope, accidents nerveux, etc.

Ces phénomènes durèrent plusieurs mois et la malade fit, en somme, une maladie, probablement de nature arthritique, qui l'immobilisa pendant tout l'hiver 1905-1906. Pendant ce long état maladif, elle vit survenir une hémorragie utérine une fois, au mois de décembre 1905.

Une perte de sang insignifiante, manifestée par une simple tache, apparut le 6 août 1906 et une autre analogue est survenue en janvier 1907.

Elle avait fortement maigri pendant sa maladie; elle a aujourd'hui repris en partie son embonpoint primitif.

Le dénombrement de ces observations peut, en résumé, se faire comme suit :

28 observations appartiennent au 1 ^{er} groupe.			
3	»	»	2 ^e groupe.
50	»	»	3 ^e groupe.

Signalons dès à présent une remarque que ces chiffres imposent de prime abord à l'esprit : la prédominance du type hémorragique se rapportant au 3^e groupe.

Nous n'avons pas voulu, dans ce qui précède, faire entrer d'autre élément de classification; nous avons seulement en vue la relation pure des faits, mais il est bon de dire, au moment de les interpréter, qu'il ne convient pas d'accorder à tous une part égale de valeur.

Nous n'avons garde, certes, de vouloir suspecter un instant la bonne foi des observateurs, mais certains chirurgiens ont pratiqué les interventions ayant donné lieu à ces faits, dans des circonstances opératoires qui ne leur donnaient pas, sur ce qu'ils enlevaient et sur ce qu'ils laissaient, des garanties suffisantes de certitude.

Nous croyons indispensable, en effet, de diviser la chirurgie abdominale en deux grandes périodes chronologiques. La première est celle qui a précédé et la seconde celle qui a suivi l'introduction, dans la pratique opératoire, de tous les moyens permettant d'éclairer largement la cavité pelvienne et d'en ren-

dre tous les points accessibles à l'œil du chirurgien : nous comprenons ainsi les écarteurs, les valves diverses et, avant tout, la position déclive dite de Trendelenburg donnée à la malade. Telle est la base d'appréciation que nous allons adopter, et selon que les faits relatés se rapporteront à des interventions pratiquées sous l'une ou sous l'autre de ces deux ères, ils devront être, d'une part, sinon récusés du moins fortement mis en doute, ou tenus, d'autre part, pour scientifiquement valables.

Avant l'emploi de la méthode du plan incliné décrite par Trendelenburg par la plume de Willy Meyer, en 1885 et que Delagénère a fait connaître en France, en 1891, les difficultés opératoires, en gynécologie, étaient toujours très grosses et parfois insurmontables. Le chirurgien ne prêtait jamais le secours de sa vue à sa main souvent impuissante à reconnaître, par le seul toucher, les organes et les modifications apportées en eux par un processus inflammatoire.

La lecture de la technique chirurgicale de cette époque évoque l'image nette de la difficulté. Nous trouvons en 1891, dans Terrillon (*Salpingites et Ovarites*), auquel ceux qui l'ont approché ne refusent pas les qualités d'un maître, la description du manuel opératoire en vue d'une laparotomie pour salpingite.

Le chirurgien doit se contenter, d'abord, pour l'ouverture de l'abdomen, d'une étendue de cinq à six centimètres, c'est-à-dire suffisante pour l'introduction de trois doigts de la main gauche. Puis commence la recherche des annexes, au sujet de laquelle nous laissons la parole à Terrillon :

« A partir du moment où l'abdomen est ouvert, toute l'opération doit être pratiquée avec les doigts. Ceux-ci, plongeant dans l'abdomen, vont aller reconnaître les parties malades et renseigner sur leur volume, leur situation, leurs adhérences. C'est avec eux et avec eux seuls, sans le secours de la vue, que devront être faites toutes les manœuvres de décortication et de séparation des parties malades. Il y a donc là une question d'adresse, de sagacité et de prudence qu'on ne peut que signaler mais qui se comprend facilement... »

L'opérateur qui chercherait, dans ces indications, la technique

d'une intervention qu'il voudrait tenter pour la première fois, serait certes bientôt convaincu de la difficulté d'une telle entreprise, si grande que soit d'ailleurs son habileté et si précises que soient ses connaissances splanchniques.

Nous voulons alléguer pour preuve de l'insuffisance de ces moyens, même entre les mains les plus expertes, un incident chirurgical auquel la valeur des opérateurs donne une force irrécusable.

Notre maître M. le professeur Boursier eut l'occasion de pratiquer le 6 juin 1891, de concert avec le docteur Gervais, une castration ovarienne chez une jeune fille de 20 ans privée congénitalement de vagin. L'intervention était motivée par des douleurs périodiques d'une grande intensité revenant pendant trois ou quatre jours chaque mois, et obligeant la malade de s'aliter. « Le docteur Gervais pratiqua une laparotomie médiane de huit centimètres environ, dit M. le professeur Boursier ; j'introduisis alors la main dans l'abdomen, et me dirigeant vers la porte iliaque droite, je trouvai immédiatement une trompe et un ovaire droit d'aspect absolument normal que j'amenai au dehors ; ovaire et trompe avaient les dimensions ordinaires.... En attirant la trompe au dehors, nous nous aperçûmes qu'elle était implantée sur un utérus rudimentaire qui avait échappé à toutes les investigations, parce qu'il était situé derrière la branche horizontale du pubis, contre laquelle il était appliqué. Cet utérus semblait réduit à sa corne droite ; son côté gauche était rectiligne et plan... Les annexes du côté gauche, ovaire, trompe, ligament rond faisaient totalement défaut. La trompe et l'ovaire droits sont enlevés.

» L'opération eut des suites très simples et la malade guérit ».

L'observation a été rapportée en 1892 au congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, comme un cas d'absence congénitale d'une partie de l'appareil génital.

Or, en 1903, l'ancienne opérée présenta des phénomènes douloureux qui amenèrent M. le professeur Boursier à pratiquer chez elle une deuxième intervention. Celle-là fut faite avec le plan incliné. Mais quelle ne fut pas la surprise de notre maître

lorsqu'il aperçut, au complet, les annexes gauches, ovaire et trompe et l'autre moitié de l'utérus qui s'étaient, lors de la première opération, absolument déroberés aux investigations manuelles!

Voilà, semble-t-il, qui vaut les plus longs commentaires sur la chirurgie abdominale avant l'introduction de la position déclive. Or, c'est précisément à cette période qui précède la méthode de Trendelenburg, que se rattachent presque exclusivement, les observations d'hémorragies à type précoce, régulier et durable, c'est-à-dire présentant tous les caractères de règles véritables.

C'est sous cette ère opératoire que l'opinion de Kœberlé, adoptée ensuite par beaucoup d'auteurs, prend une valeur réelle. Il n'est pas étonnant, en effet, puisque des opérateurs habiles ont laissé dans l'abdomen des ovaires entiers dont la présence leur a échappé, que des débris d'organe aient pu se dérober à d'autres, surtout dans des cas difficiles.

Cet argument s'est trouvé, d'ailleurs en maintes circonstances, justifié par des faits. C'est ainsi que Waldeyer a trouvé fortuitement un reste d'ovaire dans un pédicule d'ovariotomie jadis jugée complète.

Weinlechner pratiqua une castration double chez une fille dont les règles reparurent régulièrement pendant huit ans; mais une tumeur s'étant développée, on dut avoir recours dans la suite à une seconde laparotomie, grâce à laquelle on reconnut que la tumeur n'était autre qu'un kyste formé dans les débris restants de l'ovaire gauche.

Garrigues parle de plusieurs femmes qui, opérées de double ovariectomie, sont, plus tard, devenues grosses.

Terrier, en 1883, à l'occasion de la discussion à la Société de chirurgie, sur la persistance des règles après l'ovariectomie double, dit avoir reçu de M. Saint-Yves-Ménard, sous-directeur du Jardin d'acclimatation, une lettre dans laquelle cet observateur lui dit avoir vu les phénomènes du rut persister chez une vache, malgré une double castration; mais l'autopsie lui a démontré que le pédicule avait été fait, d'un côté, sur le tissu ovarien, et

qu'il restait dans l'abdomen un certain nombre d'ovules expliquant la persistance de l'influence ovarienne.

Il suffit d'ailleurs d'une portion d'organe extrêmement ténue pour entretenir les phénomènes menstruels. Deux observations que nous avons recueillies dans Terrier sont, à ce point de vue, fort instructives : l'une lui est personnelle ; l'autre est due au professeur Schatz, de Bostock.

Dans la première, Terrier pratiquant une ovariectomie double, le 22 juillet 1884, chez une demoiselle P..., fit volontairement le pédicule avec le tissu ovarique d'un côté. L'opérée guérit et revit ses règles pour la première fois après l'intervention le 19 novembre, *quatre mois après* ; elles furent, dès lors, régulières.

Dans l'observation de Schatz (1884), il s'agit d'une femme de 20 ans. Le 20 février, l'ovaire gauche est totalement extirpé et on isole l'ovaire droit par trois ligatures placées entre lui et le ligament large ; on ne laisse dans l'abdomen qu'un bord large au plus de 2 millimètres et situé au-dessous de la ligature. La trompe reste intacte et le pédicule est abandonné. Les règles reviennent seulement le 9 mai. En juin, le toucher révèle en arrière de l'utérus l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une prune. La deuxième période de règles apparaît le 28 juin, puis le 15 juillet, et enfin la femme devint enceinte au milieu d'août, date de la dernière menstruation ; elle accoucha, le 12 mai 1885, d'une fille viable.

Nous ne pouvons nous empêcher de considérer ces observations comme deux faits de véritable expérimentation qui nous servent à interpréter les hémorragies du deuxième groupe (tardives, durables, régulières). Il est remarquable que la durée séparant l'intervention de la réapparition des règles soit sensiblement la même dans les deux cas précédents ; ce délai de quatre mois environ est encore celui que nous retrouvons approximativement dans les cas relatés par nous.

Nous croyons qu'il y a lieu de faire intervenir ici la question de la régénération du tissu de l'ovaire, si bien étudiée, en Allemagne surtout, pendant ces dernières années.

Amédée Pognat, en France; Kanel et Sselesnew, en Russie; Lothrop, en Allemagne, ont entrepris à ce sujet des travaux dont ils ont publié les résultats; mais la description des phénomènes de régénération manque remarquablement de détails aussi bien chez les uns que chez les autres.

C'est Alexandre Maximow qui a traité la question de la façon la plus méthodique et la plus complète (*Die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Eierstocks verletzungen und die Regenerations Fähigkeit des Eierstockes gewebes. Archiv f. path. anat.*, Berlin, 1900).

Ses expériences ont porté presque exclusivement sur des lapines adultes ou très jeunes. Sa méthode est la suivante : Après ouverture de la cavité abdominale sous narcose, et toutes précautions aseptiques ayant été prises, les deux ovaires sont tirés au dehors, chez les animaux adultes, et au moyen de ciseaux fins, il enlève, en forme de coin, chez divers animaux, des portions d'organe d'importance variable; chez d'autres, il pratique des cautérisations ignées; chez deux enfin, il enserre fortement l'ovaire dans les ligatures de soie fine fortement serrée.

L'examen des organes est pratiqué à divers intervalles, allant de cinq heures à quatre-vingts jours. Les résultats, sur le détail desquels nous ne pouvons nous étendre, sont, en résumé, les suivants :

L'ovaire se régénère avec une extrême facilité;

La portion d'organe suffisant à assurer la régénération est minime;

La régénération paraît beaucoup plus active dans le tissu avoisinant les foyers de cautérisation ignée.

Les conclusions d'Amédée Pognat sont analogues. L'ovaire possède, d'après lui, au moins chez la lapine, une puissance régénératrice considérable qui lui assure, en cas de mutilation, une parfaite restitution de sa structure et de ses fonctions. « Il se produit rapidement, après l'opération, une très forte hyperhémie de tout l'organe qui dure de trois à cinq jours; les capillaires, extrêmement dilatés, dessinent, par places, un réseau à mailles serrées et le stroma ovarien est tout entier infiltré de globules rouges ».

L'auteur avance enfin cette affirmation dont nous lui laissons toute la responsabilité : en même temps que se produit cette hyperhémie, l'épithélium germinatif prolifère et sa nouvelle couche ne tarde pas à fournir des ovules en abondance.

Nous croyons, en somme, qu'il faut tenir pour réellement valable, en cette période de la chirurgie antérieure à l'emploi de la position déclive, l'argument invoquant la persistance de débris ovarien comme cause du retour des règles. Nous les voyons alors, avec tous leurs caractères, réapparaître d'emblée si la portion d'ovaire abandonnée est suffisante, comme dans notre premier type, ou bien être seulement suspendues pendant un laps de temps qui semblerait coïncider avec celui qu'exige une régénération de l'organe.

Les ovaires surnuméraires, la mauvaise foi des femmes interrogées, la méconnaissance par le chirurgien des tumeurs extirpées sont des causes auxquelles on nous permettra de ne pas nous arrêter, et, sans les récuser d'une façon absolue, nous croyons qu'elles ne peuvent donner une explication des phénomènes qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Avec l'introduction dans la pratique de la position de Trendelenburg, la chirurgie abdominale devient une chirurgie éclairée. Cette modification vient adjoindre à l'opérateur un auxiliaire de premier ordre : la lumière. Le pubis ne projette plus son ombre sur le fond du bassin ; la pesanteur vient débarrasser naturellement le champ opératoire de la masse intestinale qui le remplissait jadis, et on opère ainsi dans une cavité pelvienne « vidée de son contenu intestinal », isolée, libre et parfaitement éclairée.

Aussi la ménopause parfaite devient-elle le résultat presque constant des castrations doubles pratiquées depuis cette époque.

Les faits hémorragiques recueillis dans cette période se dénombrent ainsi :

- 6 appartiennent au groupe I (Hém. rég. dur. préc.).
- 1 appartient au groupe II (Hém. rég. dur. tard.).
- 20 appartiennent au groupe III (Hém. irr. limit. préc. ou tard.).

On voit donc qu'en tenant compte des observations dont la valeur est le moins discutable, la prédominance des cas du troisième groupe s'affirme d'une façon plus péremptoire encore.

Nous trouvons bien, même sous cette ère de la chirurgie éclairée, des hémorragies présentant les caractères de règles véritables, et qui se rangent, de ce fait, dans l'un des deux premiers groupes. Mais nous estimons que si la nouvelle technique opératoire augmente considérablement les chances probables d'une extirpation complète des ovaires, elle ne saurait encore garantir le maximum de la certitude. Aucun de ceux qui ont assisté à de nombreuses interventions gynécologiques ne voudra soutenir contre nous que l'ablation d'annexes utérines altérées par suite de maladies inflammatoires chroniques est toujours facile. « La difficulté est parfois même si grande, dit L. Tait, en 1891, qu'à notre avis, elle ne saurait être comparée à quoi que ce soit, dans tout ce qui est du domaine de la chirurgie ». Or, si l'on veut bien se reporter aux observations qui, rangées dans les deux premiers groupes, ont été recueillies par des opérateurs ayant employé la méthode de Trendelenburg, on verra qu'il s'agissait, chez les malades, de lésions annexielles anciennes, ayant entraîné des modifications profondes de tout l'appareil génital.

Il y a donc lieu de diviser encore, pour les interpréter, les faits de cette période et de tenir pour suspects, au point de vue de la totalité de l'ablation, les cas dans lesquels un processus inflammatoire a déformé, rendu méconnaissables les ovaires et les trompes, et déterminé la formation d'adhérences nombreuses et solides dont le détachement très laborieux empêche d'affirmer, d'une façon certaine, que l'extirpation a été complète. A l'appui de ces considérations, nous voulons apporter le témoignage éloquent de deux observations. Il s'agit de femmes réglées après une prétendue castration double et chez lesquelles une deuxième opération démontre qu'il restait du tissu ovarien.

Obs. (Cerné). — Le 6 juin 1894, entre dans mon service à l'Hôtel-Dieu, une fille F..., âgée de 28 ans, que j'avais déjà eu l'occasion

de soigner autrefois pour une grenouillette sublinguale et chez qui j'avais constaté des phénomènes hystériques accusés.

Elle souffre du ventre, principalement à droite, depuis quelques années et a des métrorrhagies irrégulières, mais assez abondantes. Elle n'a jamais eu de grossesse. Elle est soignée à plusieurs reprises par plusieurs chirurgiens pour une métrite probablement blennorragique, par des curettages; mais les phénomènes persistent.

A l'examen local on constate un utérus gros, douloureux. Dans les deux culs-de-sac existent des tuméfactions ayant la forme des trompes augmentées de volume, surtout du côté droit. L'état général est bon.

En présence de l'insuccès des soins précédemment donnés, je me décide à pratiquer une laparotomie, le 14 juin.

Les annexes sont fixées par de nombreuses adhérences, assez solides, pour que, à droite, l'ovaire ne puisse être enlevé que par morceaux. Les deux ovaires sont augmentés de volume et polykystiques. Les trompes ne sont pas très volumineuses, mais leurs pavillons sont complètement soudés avec l'ovaire.

Je néglige de m'étendre sur les divers temps de l'opération accomplie suivant la technique habituelle.

Les suites de l'opération sont absolument bénignes, mais je note que, pendant un bon mois, mon opérée continue à se plaindre du côté droit. Elle sort le 20 juillet.

Elle ne tarde pas à rentrer, le 28 du même mois, avec des pertes utérines.

Comme il n'a rien été fait de nouveau au point de vue utérin, on accuse la persistance de la métrite et, en mon absence, un nouveau curetage est pratiqué.

En juin 1893, elle revient à nouveau, toujours se plaignant d'une douleur à droite, un peu moindre peut-être qu'autrefois, et de métrorrhagies irrégulières paraissant parfois revenir périodiquement.

A mon grand étonnement, le cul-de-sac contient une tuméfaction arrondie, immobile, assez analogue à un ovaire, située très bas et en arrière, ne se reliant par aucun pédicule à la corne utérine, où on ne sent absolument rien. Rien à gauche.

Le repos, les injections chaudes, les pointes de feu ne donnent aucun résultat.

Au lieu de pratiquer l'hystérectomie, comme je le projetais tout d'abord, je fais une nouvelle laparotomie, afin d'être fixé sur la présence et la nature de la tumeur que révèle le toucher.

Cette opération a lieu le 27 juin 1895 avec le plan incliné. Intéressante à plus d'un titre, elle nous montre une reconstitution parfaite de la paroi abdominale (suture à trois étages), l'absence absolue de toute adhérence sauf une petite adhérence intestinale sur le moignon droit, la reconstitution du plan transversal formé par l'utérus et les ligaments larges. Ceux-ci ont tiré sur le moignon des trompes, de manière que le fil de ligature se trouve à peu près à mi-chemin entre l'utérus et le détroit supérieur ; il est enkysté, formant à peine un léger épaissement, et est relié à la corne utérine par du tissu conjonctif mince où l'on ne voit pas trace de trompe. Ces fils sont enlevés par une petite incision. Examinant alors les culs-de-sac, nous découvrons à la face postérieure et en bas du ligament large droit la tuméfaction citée plus haut. Le revêtement péritonéal qui la recouvre est lisse, mais on voit par transparence plusieurs kystes de volume variable d'un grain de millet à un pois. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un *fragment d'ovaire* greffé en ce point, devenu pour ainsi dire intraligamentaire, et dont certains follicules sont devenus kystiques.

Devant la difficulté d'aller, en ce point, pratiquer une excision totale de ces débris, les kystes sont dilacérés, et la surface touchée au thermo-cautère.

L'opération est terminée comme d'usage. Suites très simples. Quelques jours après, perte abondante ; il ne s'en produit pas de nouvelle jusqu'au moment de sa sortie, le 19 août, et la douleur paraît avoir disparu, au moins d'une manière à peu près complète. Le toucher ne révèle plus rien d'anormal.

Le deuxième cas a été publié par Alban Doran dans l'*Obstetrical society of London* (1902) et rapporté par Majerczak dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, en 1903. En voici la relation :

Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans (en 1894) mariée depuis 18 ans. A l'âge de 25 ans, après son premier accouchement, elle avait subi l'opération de l'ovariotomie au cours de laquelle un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche fut enlevé.... En juin 1894, elle subit une deuxième ovariectomie pour tumeur kystique de l'ovaire droit. Le kyste avait contracté des adhérences solides avec l'épiploon et une anse de l'intestin; sa base empiétait sur le ligament large d'où il fut énucléé...

La tumeur extirpée était un kyste multiloculaire dont un lobe contenait du tissu glandulaire. Il n'y avait pas de traces de tissu ovarien dans la tumeur. La base de la capsule qui contenait la tumeur fut liée comme un pédicule.

La malade guérit et les règles revinrent. L'auteur revit la malade en 1902; elle se plaignait de souffrir de douleurs et de gonflement du ventre. L'auteur ne fut pas peu surpris lorsque la malade lui conta qu'elle avait accouché d'un enfant à terme deux ans après l'opération.

Il paraît hors de doute que la tumeur enlevée lors de la première opération était un kyste ovarien et non pas paraoophorique; en tout cas, l'ovaire et la trompe furent enlevés, et la tumeur extirpée par M. Doran était un vrai kyste ovarien multiloculaire, avec du tissu adénomateux (que l'on ne voit jamais dans un kyste paraoophorique) et à contenu brunâtre caractéristique, mais il est probable qu'un fragment de tissu ovarien sain a été laissé dans le ligament ovarien droit.

L'ensemble des faits nous impose donc de conclure que la castration bilatérale, si elle est complète, a pour conséquence fatale la suppression absolue des menstrues. Les écoulements de sang qui pourront se produire par la suite ne seront que des métrorragies ne méritant à aucun titre le nom de règles. Elles n'en possèdent, en effet, aucun des signes distinctifs ainsi que va le démontrer leur description.

Le premier caractère de ces hémorragies est le défaut de périodicité. Elles peuvent bien survenir parfois à l'époque des anciennes règles, et nous donnerons plus tard une explication de ce fait, mais elles échappent à la loi de régularité qui régit les menstrues.

L'intervalle qui peut en séparer deux l'une de l'autre est très variable et il serait peut-être difficile de rapprocher, par ce terme, seulement deux observations.

Il ne serait pas plus aisé d'assigner une durée et une abondance moyennes à ces hémorragies. Il est manifeste, toutefois, qu'elles s'éloignent presque toujours considérablement, en plus ou en moins, de l'abondance et de la durée antérieures des règles. Elles sont constituées tantôt par une perte insignifiante que les femmes caractérisent en disant qu'elles ont un peu « taché leur linge », tantôt par des métrorragies profuses qui effraient les malades.

L'hémorragie annonce souvent sa venue par des sensations dans l'un ou l'autre côté du ventre, qui peuvent varier depuis la gêne jusqu'aux douleurs vives, lancinantes, irradiées dans tout le bas-ventre et les cuisses. L'émission naturelle du sang détermine la plupart du temps, chez la malade, un appréciable soulagement. On constate quelquefois la présence de caillots.

L'abondance de l'écoulement n'est pas toujours en raison directe de l'intensité des douleurs; elle reconnaîtrait plutôt comme facteurs utiles l'ancienneté des lésions utéro-annexielles chez l'opérée et un peu la nervosité du sujet.

Les hémorragies sont toujours profuses et plus fréquentes chez les femmes qui ont un passé pathologique chargé d'accidents pelviens.

On peut considérer comme cause provocatrice de l'écoulement tout ce qui peut déterminer la fatigue et la congestion pelvienne; les courses à pied, en voiture, en chemin de fer, le jeu de la machine à coudre, l'immodération dans les rapports sexuels en sont les sources les plus habituelles.

Ces hémorragies se présentent, ainsi que nous l'avons dit, à des époques absolument irrégulières mais qui tendent à s'éloigner de plus en plus pour cesser définitivement.

C'est, le plus souvent, dans le cours du mois qui suit l'intervention qu'apparaît la première perte de sang; elle peut être unique ou se reproduire seulement deux fois chez quelques

sujets. La suppression complète survient ainsi d'une manière très variable, mais rarement elle tarde au delà de deux années.

Il s'agit donc là d'un type hémorragique spécial qu'on ne saurait vraiment assimiler à la menstruation dont, pour les besoins du sujet, nous allons faire une étude succincte.

CHAPITRE III

Théories de la menstruation. — Pathogénie des métrorragies en général. — Pathogénie des hémorragies après castration double.

Chaque mois, chez la femme, une quantité variable de sang s'écoule, pendant quelques jours, des organes génitaux. Cette hémorragie intermittente, régulière comme périodicité, de durée et d'abondance à peu près toujours égale chez la même femme, constitue la menstruation.

Elle revient, suivant les sujets, tous les vingt-cinq à trente et un jours. Il en résulte que certaines femmes voient leurs règles quatorze fois dans l'année et d'autres seulement douze ou treize fois.

Il est naturel de diviser en deux grandes périodes l'histoire de la menstruation : la première est celle qui a précédé la découverte de l'ovulation, la seconde celle qui l'a suivie.

La première période, toute de légende et de mystère, mérite qu'on s'y attarde peu. Aristote reporte à la lune la cause de l'écoulement périodique des femmes ; Galien en fait un attribut de leur tempérament et du calme de leur vie. Pline et d'autres auteurs après lui, parlent du caractère redoutablement étrange de ce sang :

« Par sa vapeur ou son seul attouchement, les vins nouveaux s'aigrissent, les semences deviennent stériles, les greffes des arbres meurent et les fruits en tombent tout desséchés ; la glace des miroirs se ternit à son aspect, le tranchant du fer en est émoussé, la beauté de l'ivoire effacée, les abeilles en meurent, le

cuivre et le fer s'enrouillent aussitôt, l'air en est infecté et les chiens qui en goûtent enragent... »

Au xvii^e siècle, on connaît la vésicule de Graaf mais on ignore ce qu'elle peut contenir.

Coste, en 1837, parle le premier du phénomène qui se manifeste, sans fécondation préalable, par la chute spontanée des œufs de l'ovaire des mammifères et Raciborsky, l'année suivante, reconnaît cette même propriété à l'ovaire de la femme, mais il ne saurait attribuer à cette ponte un caractère constant.

C'est en 1839-1840 que commence la seconde phase de l'histoire de la menstruation : c'est à cette époque que les physiologistes vont entrer dans une voie véritablement scientifique, que leur ouvre Négrier (d'Angers).

Depuis plusieurs années déjà, cet auteur professait dans ses cours la constance de l'ovulation spontanée chez la femme et faisait admettre à ses élèves la subordination du flux menstruel à l'ovulation, lorsque Gendrin, en 1839, livra à la publicité les mêmes idées connues jusqu'alors du seul auditoire de Négrier. La question de priorité fut ainsi fort discutée à ce sujet : nous ne croyons pas devoir rapporter ici les éléments de ce procès encore pendant, et nous verrons volontiers ces deux noms associés dans cette importante découverte.

Négrier et Gendrin admettent donc que l'ovule expulsé de la vésicule de Graaf est la cause et le point de départ de toutes les modifications locales qui constituent la menstruation. Ils assimilent les règles des femmes au rut des animaux.

C'est l'opinion qu'adoptera, à son tour, Lœwenhardt; il se trouve seulement en désaccord avec les deux précédents auteurs au sujet du moment où s'effectue la ponte : tandis que, pour Négrier et Gendrin, elle a lieu vers le milieu de la période menstruelle, c'est, d'après lui, au début même des règles qu'elle s'effectuerait.

Tout autres seraient les phénomènes, d'après Lœwenthal. La menstruation est bien encore un effet dont l'ovulation est la cause mais le rapport de causalité varie : pour lui, la ponte ovulaire ayant eu lieu après l'écoulement menstruel, l'ovule se fixe

dans un repli de la muqueuse utérine et attend là une fécondation possible. La fécondation ne se réalisant pas, il est expulsé au bout de trois semaines; il en résulte, en quelque sorte, un petit avortement accompagné d'une hémorragie qui ne serait autre que les règles.

Moreau est disposé à se rallier à l'opinion de Négrier. Il le cite pour l'approuver, et signale qu'on n'accorde pas assez d'attention au rôle que jouent les ovaires dans l'exécution de la fonction menstruelle.

Bischoff reconnaît aussi que le flux des femmes dépend d'une excitation périodique des organes génitaux, de la tuméfaction d'une vésicule de Graaf, de la maturité et du détachement de l'œuf.

Pour Pouchet, cette fonction est liée, d'une façon intime, au gonflement, à la maturation d'une des vésicules de Graaf et à l'expulsion de l'œuf qu'elle contient.

Dans la conviction de Bernutz, « l'évolution de l'ovule constitue le phénomène fondamental de la menstruation ».

Cazeaux, John Williams concluent encore à la subordination du flux menstruel à l'ovulation qui en est la cause directe.

Hegar et Battey considèrent que l'écoulement sanguin périodique de la femme a sa source dans l'ovulation.

Tels sont les principaux auteurs qui ont cru devoir adopter les idées de Négrier et de Gendrin.

Nous pourrions dire encore en quels termes Depaul, Bécлар, Spencer Wells, Simpson, Sims, Gaillard Thomas ont exprimé leur façon de concevoir ce rapport de causalité. Mais, attaché seulement aux théories, et non pas à la forme sous laquelle on peut les énoncer, nous considérons ces auteurs divers comme appartenant au groupe de ceux qui pensent : *La menstruation dépend de l'ovulation.*

Avec Aveling, l'interprétation des phénomènes change, et sa théorie de la *nidation* impose l'admission du rapport contraire. Pour lui, la muqueuse utérine s'apprête, pendant la durée d'une période intermenstruelle, à recevoir l'ovule, à lui « faire un nid ». Lorsqu'elle a évolué en ce sens et que tout est favora-

blement disposé, la menstruation se produit, amenant la ponte ovulaire. L'ovule arrive dans l'utérus, et, s'il a été fécondé en temps voulu, se place dans le nid préparé; sinon il est expulsé et les phénomènes recommencent en vue de recevoir l'ovule suivant. Donc, pour Aveling, *l'ovulation est sous la dépendance de la menstruation*.

Cette théorie a gagné fort peu de partisans.

Plus nombreux sont ceux qui ont soutenu, avec Beigel, *l'indépendance absolue entre les deux fonctions* ovulaire et menstruelle. Chacune aurait, d'après lui, son autonomie et s'effectuerait parallèlement, mais sans aucun assujettissement réciproque.

Nøggerath s'appuie sur les cas de persistance de règles observés après l'ablation des deux ovaires, pour affirmer aussi ce qu'avancait Beigel.

Richtie admet la maturation périodique des ovules, mais il nie qu'elle ait quelque rapport avec le flux menstruel.

De Sinéty soutient qu'ovulation et menstruation sont deux phénomènes « non liés nécessairement l'un à l'autre ». Jackson, en Amérique, se croit également autorisé à nier leur dépendance réciproque.

Shershewsky, en 1902 (*Vratch Gaz.*), se fait aussi l'adepte de Beigel. Aucun rapport ne peut, selon lui, rapprocher les deux fonctions, mais il considère l'absence de règles observée chez les fillettes castrées comme dénonçant une relation entre la menstruation et la sécrétion interne de l'ovaire. Cette sécrétion agissant sur les échanges de matériaux et provoquant la congestion périodique, dépendait à son tour des échanges nutritifs. La menstruation se trouverait donc ainsi dépendre médiatement de l'état des échanges nutritifs de l'économie.

Heape, de Cambridge (*The British med. Journ.*, déc. 1898), donne les conclusions auxquelles l'ont amené des études entreprises par lui, à Calcutta, sur la menstruation des singes. Il croit que menstruation et ovulation sont étroitement liées, que ces fonctions sont influencées par la congestion et dues, l'une et l'autre, à la même cause à déterminer.

Sachinis (d'Athènes) exprime, en 1900, ses idées sur le sujet en un langage dont nous voulons respecter les termes dignes d'un contemporain d'Ambroise Paré : « Le flux menstruel des femmes n'est que le rejet d'une quantité déterminée de sang de l'organisme de la femme, en différentes périodes, de sang destiné à servir pendant la gestation à la nutrition de l'embryon... En d'autres termes, le corps de la femme, en pleine harmonie de force et de matière comme celui de tout être organique vivant, s'habitue à des pertes de substance en des périodes pléthoriques, pour que celui-ci ne sente aucun affaissement lorsque la grossesse survient, puisque la quantité de sang qui serait nécessaire pendant la grossesse à la nutrition de l'embryon serait tout de même perdue par le flux menstruel dans le cas contraire ».

D'après Frænkel enfin (*Arch. f. Gyn.*, 1904), la menstruation aurait sa cause dans l'activité sécrétoire du corps jaune; c'est cette sécrétion qui, présidant à l'hyperhémie cyclique des quatre semaines de l'utérus, aboutirait à la grossesse ou à la menstruation.

En résumé, laissant de côté les opinions anciennes que ruine la découverte de l'ovulation; négligeant les théories de Læwen-thal, de Shershewski, de Frænkel, qui manquent de preuves, et considérant enfin les idées de Læwenhardt comme sensiblement identiques à celles de Négrier et de Gendrin, trois théories restent en présence :

La menstruation dépend de l'ovulation (Négrier, Gendrin, Læwenhardt).

L'ovulation dépend de la menstruation (Aveling).

Ovulation et menstruation sont indépendantes (Beigel, Nøggerath, Richtie, de Sinety, Jackson).

Les partisans de chacune de ces théories trouvent à l'appui de ce qu'ils avancent des faits qu'ils considèrent comme des preuves irréfutables. Ceux qui font dépendre la menstruation de l'ovulation, et ce sont encore les plus nombreux, disent :

Enlevez les ovaires à une femme, les règles cessent.

S'il y a absence congénitale des ovaires, l'écoulement menstruel n'existe jamais.

Sur des cadavres de femmes mortes pendant leurs règles, on a trouvé une vésicule de Graaf récemment ouverte ou près de s'ouvrir.

Ceux qui veulent mettre l'ovulation sous la dépendance de la menstruation allèguent que chez les femmes régulièrement menstruées l'ovulation semble très bien se faire, et ces femmes sont d'autant plus aptes à concevoir qu'elles sont mieux réglées.

Mais combien fréquentes sont ici les exceptions ! Les cas de conception chez des aménorrhéiques ne se comptent plus : nous en connaissons, pour notre part, un exemple : c'est d'ailleurs le fait des nourrices qui fréquemment deviennent enceintes avant le retour de leurs règles.

Enfin, l'argument capital des partisans de l'indépendance des deux fonctions est précisément le retour des menstrues après une double castration.

Quelle va donc être notre attitude en présence de ces faits ? Disons-le tout de suite : c'est le rapport de causalité établi par Négrier et Gendrin qui gagne notre suffrage : nous considérons la menstruation comme dépendante de l'ovulation.

Nous allons exposer notre façon un peu spéciale de concevoir ce rapport ; nous empruntons pour cela à Pflüger une partie de ses idées, qui récemment ont paru séduire Pflister et qu'après modification nous adopterons nous-même.

Il y a, croyons-nous, une influence de l'ovaire sur l'utérus et cette influence reposerait sur une base nerveuse. Bien que l'innervation de l'ovaire soit encore un point obscur dans l'anatomie et l'histologie, les études de de Vos (laboratoire de thérapeutique, à Gand, 1894) et celles plus récentes encore de Vallet (1900) autorisent néanmoins à conclure à l'extrême richesse de cet organe en éléments nerveux. De Vos est persuadé qu'en dehors des nerfs vasculaires, d'autres fines terminaisons nerveuses se répandent en ramifications abondantes sous l'épithélium germinatif, dans le stroma autour des follicules et ont une fonction centripète.

Or, le *travail ovulatoire* provoquera précisément une excitation des fines terminaisons nerveuses ovariennes qui sera transmise

dans la moelle lombaire, centre probable qui, d'après l'anatomie, commande l'utérus et le plexus hypogastrique, puis réfléchi ensuite sur le réseau circulatoire de tout le système utéro-vaginal; cette excitation partie d'un follicule qui gonfle aboutira donc à un réflexe vaso-moteur et deviendra, de la sorte, le stimulus de la menstruation. Cette fonction ne serait ainsi qu'un épiphénomène, une réponse de l'utérus à la sollicitation mécanique venue de l'ovaire au moment où l'ovule étant parvenu au dernier stade de sa maturation, la tension maxima du *liquor folliculi* va provoquer la déhiscence du follicule qui le contient.

Mais il arrivera qu'en certaines circonstances plus ou moins faciles à déterminer, le travail ovulatoire se produisant, l'utérus ne répondra pas par l'hémorragie, soit qu'un état local s'y oppose soit — et ce sera le cas le plus fréquent — que l'état général de la femme ne le permette pas. D'une façon très large, on peut dire qu'il s'agira alors ou d'un déséquilibre nerveux rendant inefficace, malgré la cause productrice, l'excitation partie de l'ovaire, ou d'un vice de la nutrition. C'est ainsi que, dans le cours des grandes cachexies, on voit souvent les règles disparaître. Cette disparition est d'ailleurs, dans certaines affections et particulièrement dans la tuberculose, l'indice d'un état général profondément touché et d'une fin prochaine. L'aphorisme célèbre de Paul d'Égine reste toujours vrai :

« *Retinentur menstruæ quando corpus totum non est sanum* ».

Ainsi s'expliqueront les cas d'ovulation sans menstruation.

Nous aurons l'occasion d'expliquer ultérieurement les cas de menstruation sans ovulation.

La menstruation est donc sous la dépendance d'une activité déterminée de l'ovaire qui est le *travail ovulatoire*.

Quant aux lois de périodicité qui la régissent, elles ont échappé jusqu'ici aux recherches des physiologistes. Cependant il ne paraît pas déraisonnable d'admettre que la période intermenstruelle coïncide précisément avec le temps nécessaire à la maturation complète d'un follicule. Pendant cette évolution, les incitations, trop faibles pour produire chacune le réflexe vaso-moteur,

se totaliseraient, en quelque sorte, dans les centres nerveux pour arriver, avec la réplétion du follicule, à un summum utile qui aboutirait à l'hémorragie.

Ces idées de réplétion glandulaire et de périodicité s'associant dans notre esprit nous rappellent qu'un de nos anciens maîtres, M. le professeur Pachon, dont les cours pleins de vie ont laissé dans la mémoire de leurs nombreux auditeurs un souvenir souvent évoqué, faisait des sensations internes (soif, faim) des phénomènes liés à la réplétion glandulaire (glandes de l'estomac). Or, ce sont là des phénomènes périodiques. La menstruation chez la femme, et le rut chez les animaux ne pourraient-ils pas être interprétés de la même façon ?

Il est regrettable que la nature nous prive des ressources de l'expérimentation animale, qui nous rendrait, à ce sujet, d'incomparables services. Il serait intéressant, par exemple, de voir la destruction de la moelle lombaire, et de tous les filets sympathiques se rendant à l'utérus avoir pour résultat la suppression de l'écoulement menstruel. Ces expériences ont déjà montré à Goltz en 1874, à Rein en 1882, que la fécondation et la parturition peuvent, malgré ces mutilations, se passer normalement. Les quelques espèces de femelles de singes qui sont régulièrement menstruées (*semnopithecus entellus*, *macacus cynomolgus*, *cynocephalus porcarius*) sont réfractaires à nos climats et succombent presque toutes à une commune affection, la tuberculose. En outre, si quelques-uns de ces animaux venaient à échapper à ces influences mortelles, leur état général serait, il est probable, assez éprouvé pour qu'on vit survenir la modification profonde sinon la disparition complète de leur menstruation. On ne saurait ainsi expérimenter utilement dans nos régions, mais la voie est ouverte aux observateurs que le séjour dans l'Inde peut attirer.

C'est cette action réflexe de l'ovaire, dans la genèse des hémorragies menstruelles, que l'on peut considérer encore comme la cause d'un grand nombre de métrorragies.

Comme tous les autres tissus, en effet, le tissu utérin fait ses hémorragies, soit par une altération des parois de ses vaisseaux,

qui seront ulcérés et béants, soit par une modification de leur contenu qui sera plus fluide ou sous une pression plus considérable.

Nous ne nous occuperons pas des hémorragies de la première catégorie qui sont celles du cancer, des polypes et des tumeurs utérines ulcérées. Nous laisserons de côté encore les hémorragies de la deuxième catégorie tenant à l'altération qualitative du sang (ictère grave, hémophilie, purpura, intoxication phosphorée, etc.).

Il nous reste à considérer les hémorragies d'origine congestive, par excès de pression sanguine. Ce sont celles de toutes les affections non ulcéreuses, car dans toute la pathologie génitale on trouve des métrorragies; elles constituent un des éléments de ce que Pozzi a appelé le *syndrome utérin* que l'on pourrait appeler véritablement syndrome génital.

Or, on conçoit bien qu'un ovaire altéré dans sa constitution anatomique n'obéisse plus aux lois d'une physiologie normale et devienne le point de départ de réflexes modifiés eux-mêmes dans leur fréquence, leur durée, leur intensité. Ainsi s'expliqueraient ces écoulements plus abondants (ménorragies) ou plus fréquents et prenant par suite un type intercalaire (métrorragies).

La constante des caractéristiques de ces hémorragies fait concevoir également qu'elles doivent dépendre d'une fonction ayant conservé, malgré ses troubles, une certaine périodicité. Cette hypothèse ne nous est point personnelle; c'est ainsi que Bouilly, Barraud ont admis une origine ovarienne pour les hémorragies survenant dans l'ovarite scléro-kystique; Roche reconnaît encore l'ovaire comme point de départ de l'hémorragie chez les fibromateuses.

Nous trouvons d'ailleurs, à l'appui de ces assertions, des preuves d'ordre anatomique. Si l'on examine, en effet, les ovaires de ces femmes dont l'utérus saigne, on trouve une quantité de kystes folliculaires bien plus considérable que sur des organes normaux de même âge. La présence de ce grand nombre de kystes, qui ne sont, en dernière analyse, autre chose que des

formes folliculaires plus ou moins voisines de la maturité, est donc, en quelque sorte, la confirmation anatomique d'un état de véritable « suractivité fonctionnelle » (Roche) de l'organe.

C'est encore l'avis de Quénu que les métrorragies de la puberté prennent leur cause, d'une manière absolue, dans une lésion appréciable ou non de l'ovaire.

Enfin, plusieurs cas de « menstruation précoce », observés et signalés durant ces dernières années par divers auteurs, étaient dus, comme l'a démontré l'intervention chirurgicale, à la présence, sur l'ovaire de fillettes opérées, de tumeurs kystiques dont l'ablation a mis fin aux métrorragies.

Après avoir ainsi exprimé nos idées sur la pathogénie des règles et des métrorragies, il convient de donner une interprétation de faits hémorragiques rapportés après la castration bilatérale.

Pour l'écoulement cataménial, nous avons admis l'hypothèse d'une excitation nerveuse périphérique partie de l'ovaire et qui, transmise à la moelle et réfléchie à l'utérus, provoquait un réflexe vaso-moteur aboutissant à une congestion suffisante pour permettre l'effraction du sang hors des capillaires. Cette congestion prémenstruelle n'est pas, d'ailleurs, une simple vue de l'esprit. Elle se traduit chez la femme par un grand nombre de symptômes et se révèle par l'examen direct du col utérin au spéculum. Nous avons considéré que le travail ovulatoire constituait l'excitation spécifique provoquant l'écoulement du sang menstruel.

Quel est donc le phénomène qui interviendra dans les cas qui nous occupent, pour reproduire, en l'absence des ovaires, une congestion utérine suffisante pour amener l'hémorragie? Au lieu d'avoir exclusivement recours, pour l'expliquer, à l'*habitude*, il nous semble que la physiologie nerveuse nous porte plutôt à rechercher une reproduction plus ou moins parfaite de la cause normale, une irritation, une excitation qui, déterminée dans la région des filets nerveux jadis chargés de la conduction centripète, aboutira au résultat antérieur à l'ablation, c'est-à-dire à la décharge sanguine.

C'est ainsi qu'on peut expliquer d'une façon au moins satisfaisante, ces hémorragies presque constantes dans la semaine qui suit l'ablation des ovaires et toute intervention chirurgicale portant sur la zone génitale. Ces faits signalés par Terrillon, Terrier et sur lesquels notre maître, M. le professeur Boursier, a attiré, à maintes reprises, notre attention, dans le service dont il a la charge à l'hôpital du Tondu, sont sous la dépendance de l'acte réflexe vaso-moteur qui reconnaît le traumatisme opératoire comme cause provocatrice.

Dans les hémorragies ultérieures, l'irritation du moignon du pédicule, comme le comprend Pfister (1), par un fil mal toléré, l'inflammation de ce moignon et d'un reste de trompe qui persiste, et enfin d'une façon plus générale et plus habituelle l'existence d'une cellulite pelvienne bien accusée seront les causes pathologiques qui détermineront la *mise en branle* de l'écoulement comme si l'organe générateur du réflexe normal, l'ovaire, était en place.

Ne pourrait-il pas se passer en effet, en ces circonstances, un phénomène analogue à celui que l'on observe chez les amputés, au point de vue de la conduction de la sensibilité? On sait que l'irritation d'un nerf sectionné, par un névrome ou une tumeur quelconque développée dans un moignon provoque des réactions douloureuses que l'amputé reporte à l'extrémité du membre absent.

On voit encore après la section d'un nerf malade les élancements névralgiques ne pas cesser dès l'instant, mais se reproduire encore de temps en temps avant leur disparition complète.

Les faits cliniques semblent plaider en faveur de cette hypothèse. En effet, l'interrogatoire et l'examen des femmes qui présentent des hémorragies après la castration double, nous démontrent l'existence manifeste de lésions inflammatoires siégeant dans la région péri-annexielle. Cerné (de Rouen) dit avoir

(1) M. le Dr Roche, dans son travail intitulé *La muqueuse utérine des fibromateuses*, attribue cette opinion à Kippenberg. Il nous prie de rectifier cette erreur imputable à un lapsus. Nous accédons volontiers à son désir.

observé, en 1895, une femme qui, opérée depuis plusieurs mois, avait des pertes de sang : il constata qu'elle portait un moignon infecté et dont le fil n'avait pas encore été enlevé.

Pour notre part, la plus grande partie des femmes opérées que nous avons examinées soit aux consultations gynécologiques de l'hôpital Saint-André, soit au dehors, manifestaient des suites pelviennes pathologiques. Presque toutes présentaient les mêmes signes précurseurs de leur hémorragie : ordinairement, à la suite d'un voyage à pied, en chemin de fer, en voiture, après une fatigue quelconque elles accusaient, dans l'une des fosses iliaques, des douleurs vagues prenant chez quelques-unes un caractère particulièrement intense, s'irradiant à tout le bas-ventre, aux lombes, le long du crural et les obligeant à s'aliter. La région était souvent empâtée, douloureuse à la palpation, et le toucher révélait souvent une masse de consistance variable, de sensibilité exquise, dans le cul-de-sac correspondant.

Or, ce sont ces phénomènes de cellulite pelvienne localisée au territoire de l'intervention, qui deviennent le point de départ du réflexe aboutissant bientôt à l'hémorragie qui soulage les malades.

Chez les femmes dont l'examen direct ne nous a pas été possible, un interrogatoire serré nous a permis de penser à l'existence de ces lésions.

Il est de toute évidence que les castrées dont le long passé pathologique est chargé d'accidents inflammatoires utéro-annexiels seront les mieux préparées aux flux hémorragiques ultérieurs ; ils seront chez elles plus abondants ; ils surviendront avec plus de fréquence, auront une durée plus longue et tarderont davantage à disparaître. Si on enlève, en effet, par l'acte opératoire, les annexes de ces malades, les tissus péri-annexiels subsistent et le processus inflammatoire qui les avait touchés suit encore le cours de son évolution, portant obstacle à la cicatrisation rapide des lésions opératoires. Cette évolution dure pendant un temps variable après l'intervention, se manifestant, à l'occasion de la moindre fatigue, par des poussées aiguës ou subaiguës qui auront leur retentissement sur le système vascu-

laire de l'utérus. Les divers caractères de l'écoulement signalés dans le chapitre précédent seront alors d'autant plus accusés que les lésions seront plus anciennes et auront donné lieu à des crises aiguës plus fréquentes.

Il convient encore de tenir compte, dans une très large mesure, de l'état de l'utérus chez les femmes qui perdront encore du sang après l'ablation bilatérale des ovaires.

Chez les malades dont la matrice infectée, atteinte de vieilles lésions de métrite surtout à type parenchymateux, saignait depuis longtemps et à tout propos, le réflexe vaso-moteur n'aura besoin, pour aboutir au résultat hémorragique, que d'une incitation légère : il trouvera, en effet, les parois du système vasculaire utérin dans des conditions de résistance tout à fait inférieures, et, si minime que soit son intensité, elle suffira à provoquer un écoulement profus. C'est précisément chez les femmes de cette nature que les lésions de la cellulite provocatrice et les douleurs qui les accompagnent peuvent être légères, malgré l'abondance de la métrorrhagie.

Nous avons ainsi examiné les deux premiers facteurs que nous faisons intervenir dans toute hémorragie après castration ; le tissu péri-annexiel remplaçant l'ovaire pour la génération du réflexe, et l'utérus ; il nous reste à dire un mot du troisième constitué par les voies de conduction nerveuse.

Ce dernier terme est certes moins important que les deux autres, mais nous ne le considérons pas comme tout à fait négligeable.

Il ne nous paraît pas illogique d'admettre que l'intensité du réflexe et, par conséquent, son résultat effectif pourront varier suivant le degré de nervosité du sujet. Il se trouve, en effet, que nos investigations dans la littérature médicale ont abouti à cette remarque que beaucoup d'observateurs signalent les femmes présentant des hémorragies comme des hystériques et plus souvent des nerveuses.

Chez certains malades dont le système nerveux se prête mieux à l'exagération des accidents réflexes, il n'est pas inadmissible que les hémorragies puissent parfois se produire alors que chez

d'autres elles n'auraient pas eu lieu ou bien qu'elles soient profuses, fréquentes et plus lentes à disparaître chez les unes, tandis qu'elles auraient été, toutes lésions égales, très légères et peu durables chez d'autres.

Nous ferons encore, à titre commémoratif, une part à l'état général des femmes dans la production, l'abondance, la durée de leurs hémorragies. Les maladies dyscrasiques (hémophilie, purpura, mal de Bright, etc.) joueront un rôle important dans l'interprétation de leurs divers caractères. Il en sera de même des affections pouvant être la cause de troubles circulatoires variés.

Un point enfin que nous ne voulons pas omettre dans ces considérations, c'est l'influence si souvent invoquée de l'*habitude acquise*. Nous avons remarqué, en effet, que ces hémorragies utérines qui n'ont aucun caractère de périodicité peuvent coïncider parfois avec l'époque des anciennes règles. Nous admettons, volontiers, que lorsque certains phénomènes physiologiques se sont répétés, chaque mois, pendant des années, il peut s'établir une certaine tendance à la reproduction de ces mêmes phénomènes. Mais il n'y a là, à notre avis, qu'une simple tendance qui ne peut aboutir à un résultat effectif. L'approche d'une époque ancienne pourra bien chez une opérée déterminer, pendant les premiers mois, une légère augmentation de la tension sanguine dans les vaisseaux utérins, mais qui ne saurait produire seule l'émission du sang.

Cette hypertension possible venant s'ajouter à l'état congestif provoqué déjà par un influx nerveux modéré pourra constituer un adjuvant pour l'écoulement imminent qu'un réflexe insuffisant n'avait pu déterminer.

En résumé, il ressort manifestement de l'examen des faits, que les hémorragies survenant après une castration double ne présentent en aucune façon les caractères de périodicité, de régularité, de fréquence, d'abondance et de durée qui sont le propre des règles véritables; aucun titre ne permet donc de leur donner ce nom. Il s'agit là de simples métrorragies. D'après

nos observations personnelles et les nombreux cas rapportés, elles sont symptomatiques d'un état inflammatoire de l'utérus et de la région péri-utérine. Nous allons, dans le chapitre suivant, étudier la valeur de ce symptôme et les indications qu'il comporte.

CHAPITRE IV

Valeur et conséquences chirurgicales du symptôme.

La cellulite pelvienne, à des degrés divers, sera donc la cause à laquelle devront être reportées les métrorragies survenant chez les femmes opérées de castration double. Les métrorragies dureront autant que leur cause provocatrice subsistera elle-même ; elles s'atténueront dans leurs divers caractères au fur et à mesure que diminueront l'intensité et la fréquence des poussées inflammatoires aiguës, pour cesser définitivement avec la disparition des exsudats pelviens.

Il est donc de toute importance, lorsque surviendra le symptôme hémorragique, de pratiquer un examen attentif du petit bassin, pour dépister les lésions et instituer aussitôt un traitement approprié.

Ce traitement sera, d'une façon générale, celui de toutes les inflammations pelviennes. Le repos en constituera le premier et capital élément. Des irrigations vaginales d'eau bouillie, à la température de 45 à 50° devront être pratiquées deux fois par jour avec deux litres de liquide chaque fois. On pourra, avec avantage, ajouter une faible quantité de sublimé à l'eau de lavage et adopter la proportion de 10 à 15 centigrammes par litre. Dans les cas à allure aiguë, des compresses épaisses d'eau très chaude seront appliquées sur la région abdominale douloureuse, toutes les deux heures, et renouvelées toutes les cinq minutes, pendant une séance de demi-heure environ. On administrera, en même temps, un lavement d'eau bouillie pure, à une température aussi élevée que le permettra la susceptibilité de la malade. Dans

quelques cas suraigus, on pourra utiliser les applications locales de glace.

Il sera de première importance d'assurer, par tous les moyens, la liberté parfaite de l'intestin et de combattre la constipation par des laxatifs appropriés.

Pendant la période de calme, on pratiquera un examen minutieux de l'utérus de la malade. Presque toujours on le trouvera volumineux, congestif, avec de gros ectropions, atteint de cervicite chronique persistante. L'abondance des hémorragies sera, comme nous l'avons indiqué, en rapport direct avec le degré d'intensité de ces lésions.

Il s'ensuit que le traitement ordinaire des métrites pourra modifier dans leurs divers caractères les pertes de sang. C'est ainsi que dans trois observations rapportées par Ormières dans sa thèse, on voit signaler la disparition d'hémorragies, considérées par Ormières lui-même comme des règles, à la suite d'un traitement astringent. L'amélioration des lésions métritiques pourra donc avoir une salubre influence sur les accidents de cellulite pelvienne, pour la même raison pathogénique que les pansements intra-utérins modifient, très heureusement parfois, des lésions annexielles.

L'extrême abondance de l'écoulement pourrait être enfin une indication de pratiquer le curettage. Routier a signalé, à ce propos, au Congrès français de chirurgie (1891) des faits intéressants. Quatre malades, opérées par lui de castration double, vinrent le consulter, par la suite, pour des pertes de sang irrégulières ; l'éminent chirurgien crut devoir pratiquer chez elles un curettage utérin. L'opération fut suivie d'un plein succès et les malades ont été débarrassées, dès lors, de tout accident hémorragique.

Mais nous pensons cependant qu'une telle détermination ne saurait être prise avec raison qu'en certains cas rares, où les hémorragies, présentant des caractères d'abondance et de fréquence inusités, compromettent gravement l'état général de la malade.

En effet, l'idée du curettage employé utilement dans grand

nombre de lésions hémorragiques de l'utérus nous semble devoir être rejetée dans les cas où il existe des accidents aigus de cellulite. Cette intervention, en effet, si elle était systématique serait, dans ces cas, dangereuse, et, dans beaucoup d'autres, au moins inutile ; car, agissant à la façon de toutes les saignées locales viscérales (incision rénale, décapsulation), c'est-à-dire en décongestionnant l'organe pour une longue période, le curetage aboutirait *peut-être* à un résultat qu'amènerait d'une manière à peu près *sûre* la disparition des lésions pelviennes méthodiquement traitées, dans un avenir qui, en général, comprend quelques mois et excède rarement deux années.

Mais l'indication en quelque sorte prophylactique, que commande la possibilité de voir survenir de tels accidents après l'extirpation des annexes, est l'ablation de l'utérus. Pozzi a conseillé de pratiquer, lorsqu'on doit enlever les ovaires, un curetage préalable de la matrice. Cette méthode constitue, à notre avis, une complication opératoire inutile et nous paraît peu recommandable. Nous préférons nous ranger à l'avis de J.-L. Faure, qui considère l'ablation de l'utérus comme le complément rationnel de la castration annexielle double.

Pourquoi, en effet, conserver un organe lorsqu'on enlève les parties qui constituent sa seule raison d'être ? L'extirpation des annexes fait de l'utérus un corps inutile qui peut devenir ou continuer d'être, avant d'avoir atteint le terme de son évolution atrophique, une source d'accidents pour les femmes qui le portent.

Bien des malades, d'ailleurs, comme le fait justement remarquer Faure, ont dû pour des troubles utérins graves survenus ou continuant à évoluer après une castration double, subir l'ablation secondaire de l'utérus. C'est ainsi que sur 300 opérées d'ablation bilatérale des annexes, Richelot a été contraint 53 fois de pratiquer secondairement l'hystérectomie.

L'état pathologique de l'utérus, presque constant dans les affections annexielles, est la première raison qui légitime l'ablation de cet organe.

Son examen direct que permet la laparotomie le montre pres-

que toujours altéré. Il est atrophié ou hypertrophié ; ses parois épaissies sont friables et, lorsque la rupture des adhérences a mis à nu sa surface, on la voit tomenteuse, saignant en nappe. Ces conditions vont constituer pour l'utérus et les tissus péri-utérins un état particulièrement favorable à l'infection secondaire ; le fil et les tissus altérés qui forment le pédicule deviendront, à bref délai, le point de départ facile de ces lésions de cellulite que nous avons constatées.

De plus, la statique utérine va se trouver fort compromise. Une partie des ligaments larges et les ligaments ronds faisant défaut, l'utérus va ballotter dans la cavité pelvienne jusqu'à ce que, tombant définitivement en arrière, il contracte avec l'S iliaque et les anses grêles des adhéreuces qui seront la cause de troubles divers.

Dans sa thèse (1905), qui est le reflet des idées de son maître J.-L. Faure, Constantin Daniel va plus loin. Il considère comme rationnelle l'extirpation, à titre préventif, de l'organe, alors qu'il paraît sain. La littérature médicale lui fournit quelques faits sur lesquels il appuie sa conviction. Dans un cas de Lejars, qu'il cite, une femme est opérée d'un kyste bilatéral de l'ovaire ; l'utérus reconnu sain pendant l'intervention est laissé en place. Or, deux ans plus tard, la malade présentait un cancer inopérable de l'utérus. Delaunay a publié au congrès de chirurgie une observation identique.

Quelques auteurs ont allégué que la castration utérine augmente les difficultés opératoires, qui seraient moindres si on se contentait d'une castration simplement annexielle.

Si l'argument avait jadis quelque valeur, il n'en est plus de même depuis que la chirurgie abdominale est devenue, grâce à la position de Trendelenburg et au perfectionnement du matériel opératoire, une chirurgie *éclairée*. Faure et son élève Daniel affirment même — avec quelque raison, croyons-nous — qu'il est plus facile, dans les cas où un processus inflammatoire a modifié profondément les annexes et déterminé de nombreuses et solides adhérences, d'enlever l'utérus avec les annexes que ces dernières seules.

Ce procédé permet, en effet, de faire le champ libre dans le fond du petit bassin et d'attaquer les lésions annexielles avec leurs adhérences « de bas en haut » et « par dessous ».

Quant au choix du procédé opératoire pour la libération préalable de l'utérus, c'est le degré d'intensité et d'ancienneté des lésions annexielles qui l'imposera au chirurgien. Ce sera, d'après Daniel, pour les cas faciles et moyens l'hystérectomie subtotale, par décollation postérieure, de Faure, et dans les cas très difficiles, on aura recours à l'hémisection utérine.

Les procédés de l'hystérectomie subtotale ont le sérieux avantage, en laissant subsister le col et une partie de l'isthme, de ne point compromettre la statique pelvienne puisque cette intervention respecte les points d'attache des ligaments utéro-sacrés. Cette méthode, en outre, en ménageant un plancher pelvien, prévient ainsi les ptoses viscérales possibles. Enfin elle ne modifie pas sensiblement la disposition naturelle du vagin.

L'hystérectomie subtotale, surtout faite suivant le procédé de la décollation, est rapide ; elle supprime les hémorragies que l'on voit souvent se produire dans la totale ; elle rend l'hémostase plus facile.

A ces titres elle constitue donc une intervention de gravité minime, ainsi que le démontrent les statistiques.

Sur 1.232 cas d'hystérectomie totale réunis par Ricard, en 1899 (Congrès français de chirurgie), la mortalité est de 9,68 p. 100. Sur 1.058 cas d'hystérectomie subtotale, la mortalité oscille entre 4 et 4,50 p. 100.

Il faut reconnaître cependant qu'il est des cas pouvant imposer au chirurgien l'hystérectomie totale. Ce seront les grosses suppurations pelviennes ouvertes dans l'abdomen, au cours de l'intervention. On pourra assurer ainsi un drainage déclive de la cavité pelvienne.

L'ablation totale sera indiquée encore lorsque des fibromes du col, de la métrite cervicale intense, un cancer du col ou du corps au début coïncideront avec les lésions annexielles.

Ricard veut encore qu'on ait recours à ce procédé dans le cas de dénudation large du rectum.

CONCLUSIONS

1° Les hémorragies qui persistent après la castration annexielle double complète ne présentent aucun des caractères des règles; elles ne sauraient donc en mériter le nom. Les faits hémorragiques, plus rares depuis que la chirurgie abdominale est devenue plus *éclairée*, tendent tous vers un même type de forme essentiellement irrégulière comme abondance, comme périodicité et de durée toujours limitée.

Il faut admettre, dans les cas d'écoulements réguliers et durables, la persistance de débris d'ovaire. Dans ces circonstances, ou bien la portion d'organe laissée sera suffisante pour assurer la menstruation qui se reproduira alors à bref délai après l'intervention, ou bien les phénomènes menstruels surviendront tardivement, après un délai paraissant exigé par la régénération ovarienne.

2° Il s'agira, dans les autres cas, de véritables métrorragies reconnaissant, en général, comme cause provocatrice, des lésions de cellulite pelvienne et, comme cause adjuvante, un état pathologique préexistant du système utéro-annexiel et des tissus qui l'environnent;

3° Les poussées aiguës de cette cellulite seront le point de départ d'un réflexe vaso-moteur déterminant une congestion utérine suffisante pour produire l'écoulement qui évolue et disparaît avec les accidents inflammatoires;

4° Il ne faut pas considérer comme tout à fait négligeable l'influence de l'*habitude acquise* dans la production de ces hémorragies. Nous croyons légitime de penser que l'approche

de la période des règles anciennes pourra déterminer dans l'utérus une tendance à la congestion et faciliter ainsi l'exsudation sanguine qui se produira alors sous la moindre incitation ;

5° L'apparition du symptôme après une ablation bilatérale des annexes commande l'examen complet et détaillé de la cavité pelvienne, pour instituer le traitement approprié des lésions inflammatoires ;

6° Au point de vue pratique, la possibilité de voir survenir ou continuer d'évoluer de tels accidents hémorragiques est une raison d'enlever l'utérus lorsque les lésions annexielles indiqueront la castration double. Loin de constituer une difficulté dans l'intervention et d'en aggraver le pronostic, l'ablation simultanée de l'utérus, par un procédé approprié, facilitera souvent l'ablation des annexes (« de bas en haut ») et rendra plus bénignes les suites opératoires.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
D^r BOURSIER.

VU : *Le Doyen,*
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 27 mars 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUVARD. — Menstruation et ovulation. *Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1887, p. 273.
- BAILLY. — Traitement des ovariectomisées; considérations générales sur la castration de la femme. Thèse Paris, 1871.
- BARNES. — De la hernie de l'ovaire; remarques sur les fonctions physiologiques de cet organe avec la relation des cas observés par l'auteur. Traduit de l'anglais par Rivière, Paris, 1883.
- BEIGEL. — *Gaz. méd. de Vienne*, 1873.
— Traité des maladies des femmes.
- BONDI. — Ueber den Einfluss gynäkologischer Operationen auf die Menstruation. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1904, XVII, p. 104.
- BOUILLY. — Les métrorrhagies d'origine ovarienne. *La gynécologie*, 1899.
- BOURSIER. — Précis de gynécologie.
— Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. Bruxelles, septembre 1892.
- BUYS E VANDERWELDE. — Ricerche sperimentali sopra le modificazioni dell' utero consecutive alla doppia ovariectomia. *Polichin.*, Roma, 1893-94, I, c. 99, p. 104.
- CAMPBELL. — Menstruation after extirpation of the ovaries. *Med. news Phila.*, 1883, p. 346; in *Ann. de gynécologie*, 1883.
- CANU. — Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme; ses abus et ses conséquences sociales. Thèse Paris, 1896.
- CERNÉ. — Persistance des hémorragies utérines après l'ablation des annexes; ses causes. *Normandie médicale*, Rouen, 1895, X, p. 381.

- DOLERIS. — Influence de l'état constitutionnel sur les actes physiologiques de l'appareil génital de la femme. *Gynécologie*, Paris, 1906, XI, p. 97.
- DUPLAY. — Persistance des règles après l'ovariotomie double. *Rev. de chir.*, 1886, p. 67.
- ECKARDT. — Atrophie de l'utérus après l'ovariotomie. *Centralbl. für Gynækol.*, 23 juillet 1896.
- ENGELMANN. — Ovariectomy; difficulties diagnostic and operative; continued menstruation after double ovariectomy. Saint-Louis, *Courr. med.*, 1882, VII, p. 289-300.
- FACONTI. — Note sintetiche di fisiologia e pathologia della menstruatione. *Tribuna med.*, Milano, 1900, VI, p. 8.
- FAURE. — Leçons de clinique chirurgicale, 1903.
— Chirurgie des annexes de l'utérus.
- GAILLARD THOMAS. — Maladies des femmes. Traduit par Lutaud, 1879.
- GALLARD. — Discussion de la théorie physiologique de la menstruation. *Journ. de méd. de Paris*, 1883, V, p. 359, 399.
- GOODELL. — Continuance of menstruation after removal of ovaries. *Virginia M. Month. Richmond*, 1888-1889, XV, p. 242.
- GRAMMATIKATI. — Des phénomènes cliniques observés chez les femmes à la suite de l'ablation de parties distinctes de l'appareil génital. *Vratch*, 1891, in *Rev. des sc. méd.*, XXXVIII, p. 173.
- HALBAN. — Über fötale menstruation und ihre Bedeutung. *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1904, XVIII, p. 1270-1273.
- HEAPE (de Cambridge). — Menstruation et ovulation chez les singes femelles. In *Indépend. méd.*, 1899, p. 13.
— Menstruation et ovulation de la guenon et de la femme. In *Indépend. méd.*, 1898, p. 132.
— La menstruation chez le singe. In *Sem. médic.*, 1894, p. 331.
- HEGAR. — Die castration der Frauen. *Sammlung Klinischer Vorträge*, p. 136-138 (1878).
- HERFF (Von). — Über den feineren Verlauf der nerven im Eierstoke des menschen. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Stuttg., 1892, XXIV, p. 289.
- HILDEBRANDT. — Zur castration der Frauen. *Deutsche med. Wchnschr.*, Berlin, 1880, VI, p. 101.

Ce sera, d'ailleurs, l'initiative personnelle de l'opérateur qui déterminera, dans chaque cas particulier, le mode d'hystérectomie qu'il faut adopter.

Quoi qu'il en soit et pour résumer, avec Faure, Daniel et quelques autres auteurs, il nous semble légitime, lorsque les lésions des deux annexes détermineront le chirurgien à leur extirpation, de soustraire l'opérée aux risques possibles d'accidents futurs et peut-être d'une intervention secondaire, en pratiquant, par un procédé approprié, l'ablation simultanée de l'utérus.

- JACOBI. — Théorie de la menstruation. In *Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, Paris, 1880, p. 411.
- JACKSON. — The ovulation theory of menstruation; will it stand? *The am. Journ. of obst.*, New-York, oct. 1876.
- JAYLE. — Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Rev. de gynéc.*, 1897, p. 403.
- KANEL. — La question de la régénération du tissu de l'ovaire. *Vratch*, Saint-Pétersbourg, 1900, XXI, p. 393.
- KEIFFER. — La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale. *Gaz. de gynécol.* Paris, 1900, XV, p. 82-87 et 65-70.
- KEPLER. — Das Geschlechtsleben des weibes nach der castration (vie sexuelle de la femme après la castration). *Berlin klin. Woch.*, n. 36, p. 830.
- KIPPENBERG. — Zur castrationsfrage. *Centralbl. f. Gynæk.* Leipzig, 1897, XXI, p. 966.
- KOEBERLÉ. — De l'ovariotomie. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1865.
- LARSEN. — Pregnancy follwing double ovariectomy. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1904, XIII, p. 210.
- LE BEC. — Des suites éloignées de l'ovariotomie. *Arch. gén. de méd.*, 1882, p. 663.
- LOEWENTHAL. — Eine neue Deutung des menstruations processes. *Arch. f. Gynæk.* Berlin, 1884. — In *Semaine méd.*, 1884, p. 461.
- MAUCLAIRE. — Autogreffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie. XIII^e congrès intern. de méd. et de gyn. Paris, 1901. *Compte rendu*, p. 418-430 et gynécologie. Paris, 1900, p. 494.
- MAXIMOW. — Die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Eierstocks. Verletzungen und die Regenerations. Fähigkeit des Eierstockes-gewebes. *Arch. f. path. anat.* Berlin, 1900, X, p. 93.
- MAZZI. — Castrazione e menstruazione. *Atti d. R. Accad. d. Fisiocrit.* Siena, 1901, p. 205.
- MEREDITH. — Fregnancy after removal of both ovaries for dermoid tumour. *Brit. M. J.* London, 1904, p. 1360.

- MERETTI. — In *Presse médicale*, 1901, p. 179.
- MONOD. — Rapport sur une observation de persistance des règles à la suite de l'ablation des annexes de l'utérus, par le Dr Macario. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1889, p. 31.
- NÉGRIER. — Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires de l'espèce humaine considérés spécialement sous le rapport de leur influence sur la menstruation. Paris, 1840.
- NORDAU. — De la castration de la femme. Thèse Paris, 1882.
- ORMIÈRES. — Thèse Paris, 1880.
- PALADINO. — La rinnovazione del parenchyma ovarico nella donna. Atti di XI^e Congr. intern. med. Roma, 1894, anat., p. 19.
- PAUCHET. — Thèse Paris, 1896.
- PÉAN. — De l'ablation des tumeurs du ventre considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement. *Gaz. méd. de Paris*, 1880.
- PFISTER. — Die Wirkung der Castration auf den weiblichen Organismus. *Arch. f. Gynæk.* Berlin, 1898, p. 583.
- PINESSE. — Thèse Paris, 1894.
- POTOCKI et BRANCA. — La menstruation. *Rev. prat. d'obst. et de pædiat. de Paris*, 1905, p. 53-61.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 3^e édit., p. 868.
- PROCHOWNICK. — Beitrage zur Castrationsfrage. *Arch. f. Gynæk.*, Berlin, 1886-87, XXIX, p. 183.
- PSALTOFF. — Ablation des deux annexes. Apparition des règles par le rectum. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1900, p. 460.
- PUECH. — Des ovaires et de leurs anomalies. Paris, 1873.
- PUGNAT. — Note sur la régénération expérimentale de l'ovaire. *Compte rendu de la Soc. de biol. de Paris*, 1900.
- RACIBORSKI. — Traité de la menstruation. Paris, 1868.
- RIEFFEL. — In *Anatomie de Poirier*.
- ROBERTSON. — Renewal of menstruation and subsequent pregnancy after removal of both ovaries. *Brit. med. Journ.*, London, 1890, p. 722.
- ROCHE. — La muqueuse utérine des fibromateuses. Bordeaux, juillet 1903.

- ROUGET. — Recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil tubo-ovarien dans leurs rapports avec la menstruation et l'ovulation. *Journ. de physiologie de l'homme et des animaux*, 1858.
- S... (R.). — Influence du système nerveux dans l'apparition des métrorragies et des pertes blanches. *Rev. méd. de Louvain*, 1903, p. 351.
- SACHINIS. — Une explication physiologique sur le flux menstruel des femmes. *La Grèce méd.*, avril 1900; in *Indépend. méd.*, 1900, p. 197.
- SANCHEZ Y SANCHEZ. — Concepto fundamental de la menstruacion bosquejo de una nueva theoria sobre esta funcion. *Corresp. med.*, Madrid, 1904, p. 398, 422, 443, 458, etc.
- SILVA. — Contributio allo studio della fisiopathologia nella menstruazione. *Policlinico*, Roma, 1896, p. 49-61.
- SINÉTY (DE). — Sur un cas d'ovulation chez un phthisique malgré la suppression prolongée de la menstruation. Soc. de biol., 25 avril 1874.
- Note sur l'indépendance relative qui peut exister entre l'ovulation et la menstruation. Soc. de biol., 2 déc. 1876 et *Gaz. méd.*, 1876.
- SIREDEY et FRANCILLON. — Recherches sur les modifications de la pression artérielle au cours de la menstruation. Soc. méd. des hôpit. Séance du 7 avril 1903.
- SMITH. — Both ovaries entirely and completely removed; patient continued to menstruate. *N.-York med. Journ.*, 1903, p. 1067.
- SOREL. — Persistance des règles après l'ablation de l'utérus et des annexes. *Normandie médic.*, 1^{er} janvier 1896.
- STORER. — De la menstruation sans ovaires. *Arch. de physiol. norm. et pathol.* Paris, 1868, p. 376.
- TAIT. — Case of menstruation after removal of pregnant uterus and appendages. *Lancet London*, 1886, p. 1173.
- Menstruation and the ovaries. *Lancet London*, 1888, p. 1044.
- TERRIER. — Remarques cliniques sur une première série de vingt-cinq ovariectomies. *Rev. de chir.* Paris, 1882, p. 349-372.
- Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariectomies

doubles sur la menstruation. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1885, XI, p. 774.

TERRIER. — Remarques cliniques sur une 8^e série de vingt-cinq ovariectomies. *Rev. de chir. de Paris*, 1891, XI, p. 532.

TERRILLON. — Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques et après l'ovariectomie. *Ann. de gynécol.*, Paris, 1882, XVII, p. 161-172.

— Troisième série de 33 ovariectomies. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1888, IV, p. 23-50.

— Salpingites et ovarites. Paris, 1891.

TILLAUX. — De l'ovulation dans ses rapports avec la menstruation. *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1880, p. 880.

TUTTLE. — Regular menstruation after Tait's operation. *Ann. J. obst. N.-Y.*, 1888, p. 612.

VALLET. — Nerfs de l'ovaire et leurs terminaisons. Thèse Paris, 1900.

VIAULT et JOLYET. — Traité élémentaire de physiologie humaine.

VOS (DE). — Etude sur l'innervation de l'ovaire. *Arch. de pharmacodynamie*, Gand et Paris, 1894, 5, p. 259.

